

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 40

ABCÈS DU POUMON ET ÉMÉTINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 décembre 1930

PAR

Louis-Marie-Daniel MONGRAND

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à ROCHEFORT (Charente-Inférieure), le 20 mars 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CARLES, professeur.....	<i>Président</i>
		BONNIN, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PIÉCHAUD, agrégé.....	
		AUBERTIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0119

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 40

ABCÈS DU POUMON ET ÉMÉTINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 décembre 1930

PAR

Louis-Marie-Daniel MONGRAND

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à ROCHEFORT (Charente-Inférieure), le 20 mars 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CARLES, professeur.....	<i>Président</i>
		BONNIN, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PIÉCHAUD, agrégé.....	
		AUBERTIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

—
1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÈ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE SÉNATEUR ALBERT SARRAUT

Ancien Ministre.

Ancien gouverneur général de l'Indo-Chine.

Je dédie ma thèse en témoignage de
ma profonde reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

EMILE MONGRAND

*Médecin Principal de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur.*

A MON PERE

LE COMMANDANT D'INFANTERIE COLONIALE LÉON MONGRAND

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MA MERE

Qui, par son énergie et ses conseils, a
su me faire embrasser la belle carrière de
médecin.

A MES SOEURS — A MON FRERE

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A TOUS MES AMIS, TOUS MES CAMARADES
ET TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES CARLES

*Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction publique.*

ABCÈS DU POUMON

ET ÉMÉTINE

INTRODUCTION

La question de la thérapeutique des abcès du poumon, malgré les nombreuses observations parues jusqu'à ce jour à ce sujet, reste encore pendante.

Ayant eu l'occasion, à la fin de nos études médicales, d'observer un cas de ce genre, et ayant pratiqué nous-même les injections d'émétine, nous avons cru bon d'apporter à la question une nouvelle observation et d'en faire le sujet de notre thèse, nous donnant pour but de comparer les diverses opinions qui ont cours au sujet de l'emploi de l'émétine dans de telles affections et de voir le bien-fondé de chacune, afin d'en dégager une ligne de conduite thérapeutique.

HISTORIQUE

Des travaux récents, parmi lesquels il faut citer ceux de Ignanof, de Bucarest (*Annales de médecine*, juillet 1928), des publications d'observations cliniques ont mis à l'ordre du jour l'emploi de l'émétine dans le traitement des suppurations pulmonaires non amibiennes. Nous disons non amibiennes, car c'est dans l'amibiase avec toutes ses manifestations pathologiques que l'émétine a fait, jusqu'ici, ses preuves d'agent thérapeutique à action nettement spécifique.

Nubert et Branisteanu (*Presse médicale*, janv. 1930), Julien Fliederbaum (*Presse médicale*, sept. 1930) ont publié des observations de gangrène et d'abcès pulmonaires non amibiens guéris ou notablement améliorés par le traitement émetinien.

Avant eux, Weil et Lamy (Société médicale des hôpitaux de Paris, 7 oct. 1924), Brulé et Hillemond (Société médicale des hôpitaux de Paris, 7 nov. 1924), Loederich et Poumeau Delille (Société médicale hôpitaux de Paris, 13 fév. 1929), Brulé, Laporte et Ragu (Société médicale des hôpitaux de Paris, 31 mai 1929), et d'autres encore, avaient rapporté des cas d'abcès pulmonaires d'origine discutable guéris par l'émétine. Notons enfin les thèses de Paris de Mme Bédu Lorient et Stoclet.

Mais cependant, certains auteurs, constatant les effets infidèles de l'émétine, ont mis en doute son efficacité en dehors de l'amibiase. Parmi ceux-là, il faut citer Kourilsky (thèse, Paris 1927), Sergent, Lemierre, Labbé (Société médicale hôpitaux, Paris, 7 mars 1930).

ETIOLOGIE

A l'origine d'un abcès pulmonaire nous trouvons soit des traumatismes soit une infection sanguine, une infection broncho-pulmonaire, enfin des abcès amibiens.

1° Les abcès directs appartiennent au domaine de la chirurgie. Ils résultent d'une inoculation septique faite par un agent vulnérant qui pénètre dans le parenchyme pulmonaire.

2° Les abcès hématogènes sont dus aux germes infectieux apportés au poumon par voie sanguine.

On les rencontre au cours des infections chirurgicales, comme appendicites suppurées, ostéo-myélites, infections puerpérales, syndromes abdomino-pelviens, syndrome entéro-pulmonaire (Andréoli), suppurations d'origine rhino-pharyngée (Weissenbach), suppurations quelconques, cutanées, ganglionnaires, osseuses. Les abcès peuvent se produire par embolie, venue d'un foyer de phlébite ou d'une endocardite infectieuse ulcéro-végétante (origine embolique de Besançon).

3° Les abcès d'origine broncho-pulmonaire sont des complications survenant au cours d'une pneumonie ou broncho-pneumonie. L'abcès pneumonique est relativement rare. Il est unique, grand. Les abcès survenant au cours d'une broncho-pneumonie sont plus fréquents, ils sont nombreux. Parfois aussi une congestion pulmonaire peut donner un abcès.

4° Enfin il faut noter l'abcès amibien, fréquent dans les pays méridionaux où sévit la dysenterie amibienne qui est due à la propagation directe (foie) ou par voie sanguine de l'infection amibienne, survenant au cours ou après une dysenterie amibienne.

Et, pour terminer, les abcès migrateurs dus à la propagation d'une suppuration d'un organe voisin : abcès du foie ouvert dans les bronches.

Classification d'après la bactériologie.

A part les abcès amibiens avec antécédents dysentériques, localisés à la base droite, avec signes généraux peu intenses, évoluant par crises, les abcès para ou méta-pneumoniques, les abcès métastatiques, il est souvent difficile de rattacher à un processus microbien nettement défini une atteinte pulmonaire.

Généralement la flore microbienne est variée, avec une fréquence très particulière du streptocoque, associé ou non à des spirilles ou des anaérobies.

La bactériologie permettra peut-être de classer les suppurations pulmonaires. On pourra distinguer deux grandes classes :

1° *Suppurations uni-microbiennes*, avec prédominance nette d'un microbe ou d'un agent spécifique :

- Abcès streptococcique (Achard, Mouzon);
- Abcès staphylococcique (Besançon, Jacquelin, Duruy);
- Abcès à pneumobacille de Friendler (rares);
- Abcès à spirochètes;
- Abcès à associations fuso-spirillaires;
- Abcès amibiens.

2° *Suppurations polymicrobiennes*, où il est difficile de préciser le germe causal et la part qui revient à chaque espèce :

Suppuration à germe anaérobie, où le streptocoque est constant, l'entérocoque de Thiercelin, le staphylocoque souvent associés aux spirochètes;

Suppurations à germes anaérobies extrêmement variés, mais dont l'apparition, dans les suppurations qui nous intéressent, est le plus souvent secondaire, à moins que ce ne soient des gangrènes à formes localisées (Besançon).

ETUDE DES ABCES DU POUMON

I. — Abscès non fétides.

Les abcès du poumon non fétides, actuellement relativement fréquents, se développent après des infections pulmonaires aiguës primitives (pneumoniques, broncho-pneumoniques ou indéterminées) ou après des complications pulmonaires secondaires à diverses affections rhino-pharyngées ou abdomino-pelviennes surtout.

La majorité des abcès sont des grands abcès, qui se présentent sous l'aspect d'une cavité irrégulière ou anfractueuse creusée dans un bloc hépatisé, autour de laquelle on peut retrouver, si l'abcès est suffisamment grand, une membrane pyogène mince et souvent discontinue. Cette membrane est tapissée de capillaires dont la rupture peut produire des hémoptysies redoutables. Ces abcès s'accompagnent de sclérose diffuse.

Les germes rencontrés le plus souvent sont le streptocoque et le pneumocoque, avec en plus la flore microbienne des crachats.

Cliniquement, tout abcès passe par trois phases successives : formation très courte; ouverture bronchique révélée ou non par une vomique presque toujours précoce (3^e-10^e jour); une phase d'évacuation bronchique dont la durée est variable, quelquefois indéfinie. Aucun signe, pas même le chiffre de la leucocytose, ne permettent de prévoir un abcès en formation. Lorsque celui-ci s'évacue, il détermine une collection hydro-aérique nette (Kourilsky).

Parmi les formes cliniques, les formes mortelles sont pres-

que toujours accompagnées de septicémies; on trouve souvent des formes curables; les formes chroniques se compliquent de fétidité; un des caractères essentiels de leur évolution est l'existence de poussées aiguës intermittentes périodiques, à recrudescences indéfinies.

Les abcès pneumoniques, considérés autrefois comme mortels, peuvent au contraire être curables ou passer à la chronicité.

Les abcès à streptocoques constituent une variété des plus importantes; ils sont surtout secondaires aux infections utérines, buccales ou veineuses. Ils peuvent s'accompagner, quoique étant bactériologiquement d'une nature streptococcique nette, de fétidité initiale et passagère et réaliser anatomiquement des formes nécrotiques. Les formes curables sont fréquentes.

II. — Abcès putrides, ou encore suppurations fétides circonscrites chroniques.

En regard des abcès bactériologiquement définis et anatomiquement bien caractérisés, il existe des suppurations pulmonaires circonscrites voisines des précédentes anatomiquement et cliniquement, mais dont l'évolution, toujours subaiguë ou chronique, s'accompagne de fétidité.

Tous les travaux ont consacré la fréquence actuelle de ces suppurations fétides, qui prédominent de beaucoup les abcès non fétides.

Toute la question est de savoir s'il faut les rattacher aux gangrènes, à cause de la fétidité, ou les considérer comme une forme clinique et bactériologique spéciale des abcès du poumon : les abcès gangreneux (Caussade, Coyon et Cotoni) ou putrides (Sergent).

L'opinion française est très partagée à ce sujet; beaucoup d'auteurs (Lemierre et Kindberg, Besançon) décrivent ces états fétides comme des formes spéciales de la gangrène.

Voici l'opinion de M. le Professeur Besançon, extraite de

sa leçon sur les formes cliniques de la gangrène pulmonaire au Congrès français de médecine de Nancy, 1923 :

« Nous croyons que l'on peut décrire à l'heure actuelle trois formes de gangrène pulmonaire :

» 1° Forme aiguë sans signe de localisation pulmonaire (forme embolique).

» 2° Forme aiguë avec signes de localisation (forme pneumonique) : On sait l'importance du frisson et du point de côté au début de la maladie et l'apparition progressive, en quelques jours, des signes physiques de foyer, tandis que l'état général présente la même gravité que dans la forme précédente correspondant à la putridité de l'infection. Au bout de quelques jours, la fétidité de l'haleine puis des crachats survient, et les hémoptysies, précédant ou accompagnant les crachats putrides, apparaissent. En même temps que l'état général périclité, que le foie et la rate augmentent de volume, que la diarrhée s'installe, les signes physiques prennent le caractère cavitaire et les crachats purulents augmentent d'abondance, mêlés plus ou moins à des crachats hémoptoïques. Dans ce cas, la maladie peut durer de deux à quatre semaines, la mort survenant par collapsus ou par ictère grave, ou encore au cours d'une hémoptysie.

» 3° Forme localisée à poussées successives ou encore gangrène récidivante de Girard et Lemierre.

» En résumé, il importe de distinguer deux types extrêmes : foyers de gangrène et abcès putrides entre lesquels peuvent prendre place tous les intermédiaires. »

D'autres auteurs, et notamment les Américains, rangent au contraire en bloc ces suppurations fétides dans le cadre des abcès du poumon, qui devient un des plus considérables de la pathologie humaine.

Comme conclusion, M. Kourilsky ajoute :

« Il est très difficile de déterminer si les suppurations chroniques circonscrites fétides sont des abcès ou des gangrènes. »

Sur le terrain anatomique, l'origine gangreneuse primitive est indubitable dans un certain nombre de cas.

Sur le terrain clinique, l'assimilation des foyers fétides chroniques fixés aux abcès pulmonaires est tout à fait justifiée et la description des abcès putrides comme forme clinique des abcès pulmonaires est logique, car aucun de leurs caractères ne rappelle réellement la gangrène. Le terme d'abcès convient au contraire admirablement pour désigner l'évolution clinique de ces formes.

Sur le terrain étiologique, il est encore prématuré d'attribuer, croyons-nous, à une origine spirillaire tout à fait distincte des gangrènes aiguës les « abcès fétides ».

Il faut reconnaître qu'il serait imprudent de trancher la question à l'heure actuelle, et il faut savoir attendre des données nouvelles qui nous éclaireront peut-être sur l'origine exacte de ces suppurations chroniques.

GUÉRISON SPONTANÉE.

Il y a des abcès aigus du poumon dont la bénignité est remarquable et qui guérissent spontanément sans qu'on puisse même invoquer l'efficacité du traitement médical. La vomique est un processus de guérison, et cette notion, unanimement admise, ne doit pas être oubliée dans l'appréciation des résultats. Plusieurs observations récentes, en particulier celles de Lemierre, Kourilsky, Kindberg et Bernard, celle de Ch. Achard et Mouzon, celles de Et. Bernard, G. Dreyfus et Desbucquois et les cinq rapportées il y a quelques mois par F. Besançon, M. Chevalley et Oumansky ont bien montré la réalité de cette évolution favorable. Celle-ci peut survenir dans les abcès aigus dans la proportion de 20 à 30 p. 100, selon les statistiques (Wittlemore, Wessler, Schwartz, d'après Moïse Rawicz), et apparaît au bout d'un mois ou cinq semaines dans les cas heureux, au bout de deux à trois mois dans les cas plus lents. Cette guérison concerne le plus souvent les abcès aigus solitaires non fétides, comme nous le disions plus haut avec Kourilsky; elle peut aussi se voir dans certains abcès putrides, multiples, comme en témoigne une observation de Et. Bernard et Cain Uhry.

Cependant, il convient, dit Mignot, d'être prudent dans l'interprétation de ces résultats heureux et de connaître la possibilité de rechutes survenant au bout d'un temps plus ou moins long; il y a des réveils tardifs. Pour F. Bezançon, il ne faut pas croire à la guérison complète et définitive tant que des examens radiologiques répétés pendant plusieurs mois n'auront pas démontré que la parenchyme pulmonaire a retrouvé ses caractères normaux.

La connaissance du type bactériologique peut fournir des éléments intéressants pour le pronostic. Les suppurations à pneumocoques sont celles dont la curabilité paraît la plus fréquente et la plus rapide, quand elles ne sont pas compliquées de septicémie; elles sont celles aussi qui semblent avoir le moins de tendance à évoluer vers la chronicité.

Les suppurations à streptocoque peuvent aussi guérir spontanément assez rapidement; cela est plus rare.

Les suppurations à pneumobacille de Friedlaënder sont de toutes les plus graves, et aboutissent le plus souvent à la mort.

III. — Abscess amibiens.

A. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'abcès amibien est un abcès volumineux et unique. — Lautmann, dans sa thèse, nous le décrit d'une façon très nette. Après un stade de nécrose, caractérisé par un tissu pulmonaire atelectasié très dense, rouge foncé, où le microscope met en évidence des leucocytes, des débris de tissu et d'hématies, des amibes, l'abcès se constitue, avec des parois déchiquetées dans lesquelles on trouve des amibes, avec des foyers de nécrose sans éléments reconnaissables. Le pus est de couleur rouge ou chocolat, mal lié. Tout ceci est entouré par une zone pulmonaire en voie de nécrose. L'artériole dont le territoire atteint est tributaire est toujours thrombosée.

Où siègent en général ces abcès ? — La base droite est le siège d'élection classique des abcès amibiens (Kourilsky, Mat-

tei). Il est évident qu'un abcès de la base droite doit faire penser à l'amibiase en premier lieu, mais d'autres localisations sont possibles. Labbé a rapporté un cas d'abcès du sommet gauche où l'action rapide du traitement émétinien fut, il faut bien le dire, le seul argument en faveur de l'origine amibienne (*Presse médicale*, 23 juill. 1930). Dargein et Doré ont publié à la Société médicale des hôpitaux de Paris (avril 1925) un cas d'amibiase pulmonaire gauche.

D'une manière plus générale, les suppurations prédominent au lobe inférieur. Morietta donne, sur 15 abcès (6 chroniques et 9 aigus) 10 à droite et 5 à gauche, 10 dans le lobe inférieur, 4 dans le lobe moyen. Enfin il faut citer la fréquence des localisations parascissurales sans que les scissures soient intéressées.

Les dimensions des abcès sont également variables. L'amibe, le pneumocoque, donnent des abcès volumineux.

B. — SYMPTOMATOLOGIE DE L'ABCÈS PULMONAIRE AMIBIEN.

Voici comment Lautman nous décrit la maladie : Chez un dysentérique dont les crises ont cessé depuis plusieurs mois ou plusieurs années, on assiste à un début brutal. Douleur atroce à la base de l'hémithorax droit, au niveau de l'omoplate, de l'aisselle ou du mamelon, sans irradiations, douleur continue avec des paroxysmes. Ni toux, ni expectoration, ni frissons.

Au bout de quelques jours, longues quintes de toux; on parle de pleurodynie, pleurite. Nous arrivons à la période de pneumonie nécrotique. L'expectoration, sanglante d'emblée, effraie le malade. Peu à peu, on rencontre, mêlés au sang, des glaires, des crachats muco-purulents gris verdâtres. Cette expectoration, inodore, peut être rouge brique, brunâtre; elle est amicrobienne.

A la percussion, matité. A l'auscultation, murmure vésiculaire diminué. Dans le foyer mat, râles humides, frottements pleuraux, surtout après la toux.

Aux rayons X, abcès entouré d'une zone de congestion; quelquefois, le diagnostic est difficile.

Les autres appareils sont normaux. La fièvre est légère, pouvant atteindre 38°8 ou 39 le soir. L'état général reste bon.

Dans le sang, polynucléose et parfois éosinophilie.

A ce moment, si l'on fait le traitement par l'émétine, le malade guérit en deux ou trois jours.

Si l'affection est abandonnée à elle-même, l'expectoration devient franchement purulente, tout en restant hémorragique; son aspect est brunâtre, chocolat. A ce moment, l'état général du malade faiblit.

Les signes d'auscultation sont augmentés; on entend un gros souffle amphorique.

A la radio, poche hydro-aérique.

L'évolution de l'amibiase pulmonaire abandonnée à elle-même dure plusieurs semaines, ordinairement quelques mois; elle se fait par crises et aboutit fatalement à la mort par septicémie ou par hémorragie foudroyante.

C. — FORMES CLINIQUES.

L'évolution de l'abcès peut être fruste.

Dans quelques cas, il n'y a pas coexistence d'abcès hépatique (Ramond, Denoyelle, Lautéman, Société médicale des hôpitaux de Paris, mai 1923, et Trabaud, *ibid.*, 27 juill. 1923).

Quelquefois, il y a coexistence de lésions de la plèvre, et l'évolution est abrégée.

Enfin, il est des formes septicémiques à localisations multiples où les symptômes pulmonaires — à part l'expectoration — sont souvent effacés.

D. — DIAGNOSTIC POSITIF DE L'AMIBIASE PULMONAIRE.

Il ne peut être posé que par la constatation, dans les crachats ou dans le pus de l'abcès, prélevé par ponction ou au cours d'une opération, des amibes. Cependant, cette consta-

tation est rare : dans le quart des cas (Pruneau, thèse Paris, 1930). La clinique pourra cependant poser quelquefois un diagnostic de probabilité; les principaux éléments de ce diagnostic seront, d'après Lautman :

« 1° Les antécédents de dysenterie chez un sujet ayant fait un séjour aux colonies ou dans un pays où sévit l'amibiase, avec constatation des amibes ou des kystes dans les selles;

» 2° L'évolution de la maladie, dont nous relevons les principaux traits dans sa forme classique : faible intensité des signes généraux ou locaux (ces derniers localisés à la base droite), contrastant avec l'étendue des lésions et leur persistance. Evolution par crises, séparées par des rémissions de durée variable;

» 3° La radioscopie, qui limite le diagnostic à celui des collections pulmonaires; la polynucléose sanguine indiquant que la collection est suppurée;

» 4° La présence de l'expectoration typique, sanglante au début, puis sanguinolente, purulente, glaireuse, sur laquelle ont insisté L. Ramond, Denoyelle et Lautmann. Nous avons vu qu'elle n'existait aussi typique que dans la moitié des cas. L'examen de cette expectoration montrera sa nature nécrotique, son caractère amicrobien, l'absence de bacilles de Koch; enfin, dans les cas heureux, la présence d'amibes à l'état frais. L'examen du pus montrera les mêmes caractères. »

ACTION THERAPEUTIQUE DE L'EMETINE

A. — PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES.

L'émétine ($C^{30} H^{40} Az^2 O^5$), principe actif de l'ipéca, est employée en thérapeutique sous la forme de chlorhydrate d'émétine.

Les expériences de laboratoire ont montré que l'émétine administrée à dose non toxique augmente la circulation dans les poumons et baisse la tension dans les carotides (Maurel, Plumier-Clermont, Emile Weil, Montange, Bonnamour). A dose toxique, l'émétine diminue la tension, ralentit le pouls et arrête le cœur en systole. La dose de 0 g. 04 injectée dans le tissu sous-cutané diminue la durée du saignement et a une forte action vaso-constrictrice dans la membrane interdigitale de la grenouille (Maurel). Chez l'homme, elle produit l'accélération du pouls, une diminution de pression dans la carotide, une augmentation dans l'artère pulmonaire, une augmentation légère dans l'oreillette gauche et la veine pulmonaire, une accélération de la circulation dans les vaisseaux pulmonaires. En même temps, le médicament produit une plus grande amplitude de la systole cardiaque. La circulation étant accélérée et le poumon contenant un volume moindre de sang font bien voir l'action décongestionnante du chlorhydrate d'émétine.

De plus, l'émétine remplace l'ipéca dans toutes les affections bronchiques et pulmonaires; ce médicament réduit la congestion du poumon, diminue la polypnée. L'émétine n'a pas l'inconvénient de l'ipéca qui provoque des vomissements et de l'hyposthénie.

Nous n'insisterons pas sur l'action amœbicide de l'émétine démontrée par Rogers, de Calcutta, en 1912, ni sur son influence sur d'autres maladies parasitaires telles que les leishmanioses flagelloses, bilharzioses, kala-hazar, coccidioses.

B. — ACTION DE L'ÉMÉTINE DANS LES AFFECTIONS PULMONAIRES LES PLUS DIVERSES.

Méry rapporte deux cas de pneumonie grave influencés favorablement par l'émétine et résume ainsi les effets du traitement par l'émétine dans les affections aiguës des voies respiratoires (Société médicale des hôpitaux de Paris, 1915) :

- 1° Abaissement souvent extrêmement marqué et rapide de la température;
- 2° Chez les jeunes enfants la toux devient plus grasse; chez l'adulte le crachoir se remplit;
- 3° L'action décongestionnante très nette;
- 4° L'absence d'action hyposthénisante (vomissements) et la facilité avec laquelle peut être maniée l'émétine.

Nous empruntons, en partie, les lignes qui suivent à Bonamour (*Journal de médecine de Lyon*, août 1923).

Renon a utilisé le chlorhydrate d'émétine dans 7 cas de pneumonie. Sur ces 7 malades, 6 ont guéri dans les délais classiques et la durée de l'affection n'a été abrégée chez aucun d'eux. Mais dans 4 cas, la défervescence s'est faite en lysis, la température ayant commencé à baisser après les injections d'émétine.

Dans la broncho-pneumonie, l'action thérapeutique est plus nette. Renon a traité 8 cas de broncho-pneumonie grave chez des malades âgés, ayant dépassé la soixantaine, atteints de broncho-pneumonie grave avec foyers multiples, état général mauvais, dyspnée, etc. Sous l'influence de l'émétine, Renon a noté une diminution de la dyspnée, un affaiblissement, puis une disparition du souffle; les râles bronchiques s'observent plus gros, l'expectoration devient plus abondante, les cra-

chats s'aèrent. Méry a obtenu les mêmes résultats, comme il est dit plus haut, pour la pneumonie.

Toujours d'après Bounamour : Dans le service de Méry, Million, Guniers et Mlle Couzin ont obtenu des résultats intéressants dans les broncho-pneumonies de l'enfance.

Nous ajouterons à ces indications les congestions pulmonaires grippales où, lorsque prédominent les phénomènes congestifs, l'émétine a donné assez souvent d'excellents résultats.

Félix Ramond et Durand ont rapporté, en 1914, une série d'observations de bronchites aiguës ou chroniques traitées par l'émétine. Dans la bronchite aiguë, l'injection doit se faire au début de la phase de crudité : c'est l'indication la plus favorable. A la phase de coction l'émétine peut s'employer pour fluidifier l'expectoration.

Dans la bronchite chronique, la médication est indiquée dans tous les cas et à toutes les périodes, au cours de la bronchite chronique emphysémateuse qui accompagne les diverses pneumoconioses, la tuberculose pulmonaire sclérosante et même les scléroses cardiaques et rénales du vieillard.

D'après ces auteurs, dans les cas heureux, en trois ou quatre jours, l'expectoration se fluidifie rapidement et se détache plus rapidement. La toux est moins quinteuse, moins fatigante, la dyspnée est améliorée. (Extrait du *Journal de médecine de Lyon*, Bonnamour, août 1923.)

Le professeur Theoari, de Jassy, à Bucarest (Société biologique, mai 1929), a observé deux cas de bronchite sanglante et un cas de bronchite fétide, tous les trois à fusospirilles. Voici les conclusions de Theoari :

- 1° Les solutions fraîchement préparées de chlorhydrate d'émétine à la dose de 4 centigrammes par voie sous-cutanée, font disparaître les hémoptysies des bronchites sanglantes à fusospirilles.
- 2° Les rechutes, les guérisons sont en relation avec la présence ou l'absence des fusospirilles dans les crachats.
- 3° La même chose s'applique aux bronchites fétides à fusospirilles.
- 4° Etant donnée la guérison rapide des gangrènes pulmo-

naires, à forme pneumonique sous l'influence de l'émétine, une action de cette substance sur les fusospirilles de la gangrène est vraisemblable.

On a surtout conseillé de l'émétine contre certaines hémorragies viscérales, métrorragies, hématomésés, hémoptysies. La médication agirait par son action dépressive et vasodilatatrice et parce qu'elle diminue la tension artérielle (Matteï). Il faut cependant faire une réserve chez les tuberculeux.

Iagnov, de Bucarest, dans ses travaux expérimentaux (*Annales de médecine*, 1928), a essayé l'action anti-microbienne de l'émétine. Des expériences *in vitro* ne lui ont pas permis de conclure à une action quelconque : les cultures de staphylocoques et de colibacilles en particulier, sont restées intactes. De même, les spirochètes n'ont pas été influencés. *In vivo*, ses expériences sur la souris lui auraient donné des résultats plus favorables, surtout avec le pneumocoque. Les animaux infectés par le pneumocoque, non traités par l'émétine, lui donnent une mortalité de 72 p. 100; les animaux infectés et traités par l'émétine donnent une mortalité de 6,66 p. 100.

Ces résultats ne prouvent pas une action directe de l'émétine sur les microbes. Iagnov pense qu'il y a, dans ce cas, développement des forces défensives de l'organisme, en particulier par le développement des agglutinines.

Ainsi, seul, le pouvoir amibicide de l'émétine est établi *in vitro* et *in vivo* (Rogers, de Calcutta, 1912). Sur les autres germes, le chlorhydrate d'émétine n'a pas d'action directe : on est obligé d'invoquer d'autres hypothèses pour expliquer son action favorable, quand elle se manifeste.

Comment donc l'émétine agit-elle, se demande Brulé dans le *Concours médical*, 1929. « On peut se demander s'il n'y a pas d'autres protozoaires ou un agent pathogène spécial qui soient influencés par l'émétine; c'est une hypothèse hardie... »

Julien Fliederbaum (*Presse médicale*, 13 sept. 1930), nous dit :

A notre avis, l'émétine est le médicament le plus efficace de tous les remèdes préconisés (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, 1929, p. 34-35).

Sur 18 cas de gangrène 11 cas d'amélioration marquée;

Sur 13 cas d'abcès du poulmon 13 cas d'amélioration marquée.

Les mêmes résultats ont été obtenus par M. Sternberg de Vienne et récemment par Nubert et Brattistenu, de Jassy.

Voici maintenant l'influence de l'émétine sur l'évolution des symptômes chez les malades :

Température. Avant l'emploi de l'émétine nous avons une courbe subfébrile et parfois même des oscillations de 39 à 40 degrés; généralement, la température baisse après 2 ou 3 injections et devient normale après 5 ou 6 injections.

L'expectoration. Son odeur repoussante disparaît peu à peu, puis définitivement, après 5 ou 6 injections; en même temps, diminution de la quantité, en vingt-quatre heures et disparition progressive des éléments de la désintégration du tissu pulmonaire : albumine, fibres élastiques.

Cette influence de l'émétine est à noter, même dans les cas où nous n'avons obtenu aucune amélioration quant aux autres symptômes.

Etat général : amélioration lente, mais progressive de l'appétit; augmentation du poids, parfois de 5 à 6 kilos, après une série d'injections, et disparition des symptômes d'intoxication.

Conclusions.

1° L'émétine, introduite par voie intramusculaire, détermine souvent une amélioration dans les cas d'abcès et de gangrène pulmonaire, où l'expectation armée est sans effet;

2° Cette amélioration survenant après une semaine et plus, il faut avoir recours au novarsénobenzol qui agit plus vite (médicament d'attaque) et seulement ensuite employer l'émétine qui détermine la guérison.

Mode d'emploi du chlorhydrate d'émétine.

Le chlorhydrate d'émétine s'administre par voie intramusculaire car *per os* on observe des symptômes d'irritation du tube digestif qui se traduisent par des vomissements, de la

diarrhée sanguinolente... S'il persiste une sensibilité de la région fessière après l'injection, on la fait disparaître par l'application de compresses chaudes.

L'injection sous-cutanée donne souvent des abcès aseptiques.

La voie intraveineuse donne parfois des symptômes de choc, avec chute considérable de la pression sanguine et diminution accentuée de l'index oscillométrique, épuisement du malade... Ces perturbations sont indépendantes de la dilution de la solution à injecter, de l'emploi de doses plus ou moins faibles *refracta dosi* ou de l'adjonction simultanée de tonocardiaques; elles persistent des semaines après la cessation des injections et résistent à toute thérapeutique (J. Fliederbaum). Laubry décrit chez un malade ayant reçu des injections intraveineuses, des accidents de collapsus cardiaque avec chute de la tension artérielle, état lypothimique qui dura quelque temps et résista à toute thérapeutique; mais par contre Lemierre, qui a une grosse pratique de l'émétine par voie sous-cutanée, comme par voie intraveineuse, ne signale pas d'accidents dans son service.

Au début d'un traitement, il vaut mieux commencer par une petite dose : 2 centigrammes, par exemple. Puis, assez rapidement, on augmente la dose pour atteindre, par jour, la dose de 8 centigrammes qui est considérée comme dose forte, les doses moyennes étaient 4 et 6 centigrammes. Lorsque l'on injecte 8 centigrammes quotidiens il faut faire l'injection en deux fois, une le matin, une le soir, de façon à ne pas fatiguer le malade. L'émétine s'accumule; aussi ne doit-on pas dépasser la dose maxima de 80 centigrammes. On ne recommencera jamais une autre série, avant cinq ou six semaines. De cette façon, on évite les symptômes observés par quelques-uns, tels que : asthénie générale, diminution des réflexes tendineux, dyspnée d'effort, accélération du pouls, chute de la pression sanguine occasionnée par l'action toxique sur le myocarde et sur la musculature des artères.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(M. BRULÉ et P. HILLEMAND, Soc. méd. des hôp., séance 7 nov. 1924.)

Abcès du poumon guéri par l'émétine.

C..., âgé de 16 ans, cultivateur, entre, le 4 octobre 1923, à l'hôpital Cochin, dans le service du professeur Widal. C... est un enfant assisté, épileptique; on ne note rien d'autre dans ses antécédents, sauf un épisode aigu, fébrile, étiqueté congestion pulmonaire et survenu en mai 1923. Il n'a jamais quitté la France.

Alors qu'il travaillait aux champs, il a été pris brusquement, le 3 octobre à 17 heures, de frissons répétés avec claquement de dents et céphalée. Il est examiné vingt-quatre heures après le début des accidents. La température est à 40 degrés, le pouls à 120. On compte 25 respirations à la minute. Le malade se plaint d'un point de côté intense, il tousse mais ne crache pas. L'auscultation ne montre que quelques râles sibilants disséminés dans toute la hauteur du poumon droit. Une hémoculture est aussitôt pratiquée et restera négative.

Dans la nuit du 4 au 5, trente-six heures après le début des symptômes cliniques, le malade fait une vomique des plus caractéristiques. Il rejette 150 cc. d'un pus épais, verdâtre, non fétide, strié de quelques filets de sang. Dans ce pus, l'examen bactériologique montre, sur lame, une véritable purée microbienne formée de cocci et de bacilles, les uns prenant, les autres ne prenant pas le Gram : pas de B. K. Ces cultures ne décèleront aucun germe particulier. Malgré la vomique, la température reste en plateau

entre 40 et 41 degrés. Les signes d'auscultation ne permettent pas de préciser le siège du foyer pulmonaire. Aussi, malgré l'état grave du malade, on pratique le 6 octobre, la radioscopie qui montre à la base du poumon droit une ombre arrondie, régulière, autour de laquelle le parenchyme pulmonaire garde sa transparence normale. Cette ombre est nettement distante du bord supérieur du foie. L'hémi-diaphragme droit est immobile.

Ce n'est que le 8 octobre au matin qu'apparaissent à la base droite des signes cavitaires; souffle, gargouillements, les crachats sont peu abondants. La température reste toujours à 40 degrés. L'état général est grave, l'asthénie profonde, les lèvres sèches; il existe une diarrhée assez abondante.

L'examen du sang montre de la leucocytose avec polynucléose : 16.200 globules blancs avec 84 p. 100 de polynucléaires.

Le malade est présenté, le 8 octobre, à la clinique par l'un de nous qui suppléait le professeur Widal. Le diagnostic d'abcès du poumon est certain, la gravité de l'état général impose une intervention immédiate, et nous prenons nos dispositions pour faire tenter dans la journée un pneumo-thorax artificiel. Mais, connaissant les observations antérieures d'abcès amibiens primitifs du poumon, nous insistons pour qu'une injection sous-cutanée de 0 g. 08 de chlorhydrate d'émétine soit immédiatement pratiquée avant de tenter le pneumo-thorax. Or, le soir même, (l'injection d'émétine ayant été pratiquée à midi), la température est tombée à 37 degrés, l'état général s'est déjà amélioré, et on décide de surseoir au pneumo-thorax, en continuant l'émétine; 5 nouvelles injections d'émétine de 0 g. 06 et de 0 g. 04 sont pratiquées et parfaitement supportées. La température oscille quelques jours entre 37°5 et 38 degrés, puis devient absolument normale; l'expectoration se tarit progressivement; la radioscopie permet de suivre la rétrocession, puis la disparition de l'ombre correspondant à l'abcès. L'état général s'améliore rapidement, l'appétit revient, la diarrhée a disparu en vingt-quatre heures. Le malade quitte le service complètement guéri, le 12 novembre 1923.

Naturellement, une enquête approfondie a été poursuivie au point de vue de l'amibiase. Le malade n'a jamais présenté de trou-

bles intestinaux et nous n'avons jamais trouvé de symptômes hépatiques. Les amibes ont été recherchées à de multiples reprises dans les crachats et dans les selles : tous ces examens sont négatifs. Une rectoscopie est pratiquée et montre une muqueuse normale.

Nous avons eu l'occasion d'observer, durant l'épidémie de grippe, deux cas d'abcès pulmonaires qui, malgré leur gravité apparente, ont guéri rapidement après avoir reçu des injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine. Aucun antécédent, aucun examen de laboratoire ne permettaient d'incriminer l'amibiase, et c'est pour vérifier l'action favorable déjà signalée de la médication émétiennne dans les abcès non amibiens du poumon, que nous avons institué cette thérapeutique. Les résultats obtenus n'ont pas déçu notre attente, et si le mode d'action de l'émétine dans ces cas reste encore difficile à interpréter, l'activité du médicament nous paraît incontestable.

Observations cliniques.

[D'après S. IAGNOV (de Bucarest), *Annales de médecine*, juill. 1928.]

OBSERVATION II.

I... (Ion), âgé de 20 ans, fonctionnaire, souffre de fièvre, toux avec expectoration abondante pyo-sanguinolente.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, rougeole et angine diphthérique. En 1923, légère hémoptysie. Il nie toute autre affection.

Historique. — La maladie a débuté un mois auparavant par frissons, toux et douleurs dans l'hémithorax droit. Diagnostic posé : pneumonie du côté droit. Après deux semaines, la fièvre se maintient élevée, le malade continue à tousser et à expectorer abondamment. Les crachats sont fétides et purulents. Plusieurs médecins consultés admettent le diagnostic de bacillose pulmonaire.

Etat actuel. — Le malade est légèrement févreux (37°8), transpire abondamment; il se sent faible, a de la dyspnée; toux fréquente et expectoration abondante, purulente, striée de sang. Le malade a pendant la nuit et le matin de véritables vomiques.

A l'examen pulmonaire, la percussion montre à la base droite une zone circonscrite de matité. A l'auscultation, on perçoit des râles crépitants. Dans le reste des poumons, rien de perceptible cliniquement.

Appareil circulatoire. — Pouls, 85; rien d'anormal.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes, il n'est pas douloureux à la pression.

La rate est facilement percevable.

Pendant toute la durée de la maladie, la fièvre a été modérée, variant entre 36°5-38 degrés.

L'examen bactériologique des crachats indique : cellules épithéliales pavimenteuses, leucocytes polynucléaires, hématies. La flore microbienne est composée de pneumocoques, cocci, microcoques, catharalis, bacilles à Gram positif et négatif. Pas de fibres élastiques. La recherche du bacille de Koch est négative.

Examen radioscopique. — Obscurité du sommet droit; les sommets s'illuminent à la toux. Les ombres hilaires sont accentuées. Obscurité intense à la base de l'hémithorax droit. Dans la zone obscure, on distingue deux zones claires à contour circulaire irrégulier, visibles plus nettement par derrière. D'épaisses adhérences pleurales mobilisent le diaphragme droit.

« Les symptômes cliniques ainsi que l'image radiologique plaident pour un abcès pulmonaire postpneumonique. Le malade reçoit 5 injections sous-cutanées à 0 g. 04 de chlorhydrate d'émétine, faites chaque deux jours.

Dès les premières injections, la toux s'affaiblit, l'expectoration perd sa fétidité et diminue quantitativement. Le crachat ne présente plus de sang, diminue lui-même, puis disparaît.

Le malade se sent bien et, après quelque temps, il reprend ses occupations.

OBSERVATION III.

T... (Nic.), âgé de 22 ans, laitier, vient à l'hôpital le 20 décembre 1925 pour toux avec expectoration purulente, fièvre, faiblesse générale.

Il est malade depuis deux mois. La maladie a débuté par de

la fièvre, une douleur aiguë dans l'hémithorax droit, de la toux sans expectoration; dix jours après la maladie, l'expectoration devient abondante et fétide. Le malade consulte plusieurs médecins, qui lui disent qu'il est atteint de tuberculose pulmonaire.

Après quelque temps, le malade entre dans le service médical 2 de l'Hôpital Filantropia, où l'on a pensé à une pleurésie purulente. Les ponctions pleurales ont été négatives. A sa sortie de l'hôpital, le malade vient chez nous, présentant les symptômes subjectifs suivants : faiblesse, respiration fétide, toux avec expectoration en grande quantité, muco-purulente.

Appareil respiratoire. — Matité prononcée au niveau du lobe moyen droit, sans être suspendue, étant prolongée sur la face postérieure du lobe inférieur droit. A l'auscultation, on perçoit quelques râles crépitants. Rien d'anormal de la part des autres organes. L'examen des crachats ne montre ni bacilles de Koch ni fibres élastiques.

L'examen radioscopique confirme l'existence d'un abcès pulmonaire dans le lobe moyen droit.

On fait au malade 12 injections sous-cutanées au chlorhydrate d'émétine, en doses de 0 g. 03. Après les premières injections, l'expectoration diminue, l'état général du malade s'améliore. Au cours du traitement avec les injections d'émétine, les phénomènes morbides faiblissent, pour finir par disparaître.

Le malade est aujourd'hui complètement rétabli et est devenu le laitier de l'Hôpital Colentina.

OBSERVATION IV.

Le malade S... (Gh.), fonctionnaire, 50 ans, entre dans le service des maladies contagieuses de l'Hôpital Colentina, le 10 juillet 1925, pour faiblesse, fièvre, toux avec expectoration abondante.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Sans importance.

Antécédents personnels. — Il y a quelques années, il a eu une pneumonie, une blennorrhagie et un chancre.

Historique. — La maladie a débuté brusquement un mois avant avec température élevée, frissons très forts, douleurs aiguës, toux

avec légère expectoration. La fièvre se maintient élevée pendant huit jours. Après cela, la toux devient fréquente, l'expectoration abondante et fétide. Un médecin, consulté, établit le diagnostic de caverne pulmonaire tuberculeuse. Le malade se sent mal. Les symptômes s'accroissent.

A son entrée à l'Hôpital Colentina, l'état du malade est le suivant : fièvre, dyspnée, toux et expectoration fétide et abondante.

Appareil respiratoire. — Dans la zone sous-épineuse gauche, matité s'étendant jusqu'à la hauteur de l'angle de l'omoplate. A l'auscultation, on perçoit au même niveau quelques râles crépitants. Respiration broncho-vésiculaire à la base droite, 36 respirations par minute.

Appareil circulatoire. — La pointe du cœur se trouve dans le V^e espace intercostal gauche. Les bruits sont légèrement sourds, réguliers. Pouls 120. Tension artérielle : Mx, 13; Mn, 7.

Le foie dépasse les fausses côtes de la largeur de trois doigts.

La rate n'est pas perceptible. Les réflexes sont normaux.

L'examen microscopique du crachat présente : polynucléaires, pneumocoques. Les bacilles de Koch manquent. L'urine a un léger nuage d'albumine.

Examen radioscopique. — Obscurité intense suspendue dans la moitié supérieure de l'hémithorax gauche. L'obscurité a une limite arrondie vers le bas, et en haut un niveau horizontal. Conclusion de l'examen radioscopique : abcès pulmonaire à grande rétention.

Le malade reçoit 6 injections à 0 cg. 04 de chlorhydrate d'émétine. Les injections se font tous les deux jours. Dès la première injection d'émétine, la température commence à baisser : 37°8 au lieu de 38°7. La fièvre se maintient encore trois jours, avec oscillations. Le cinquième jour après le commencement du traitement, la température monte à 40 degrés, puis tombe brusquement et se maintient tout le reste du temps sous 37 degrés. L'état général s'améliore chaque jour; la toux est moins fréquente, l'expectoration diminue et perd sa fétidité. Ce malade quitte l'hôpital, dix-sept jours après son entrée, complètement rétabli.

OBSERVATION V.

L.... (Lenuta), 25 ans, entre dans le service des maladies contagieuses de l'Hôpital Colentina le 30 juillet 1926, pour la fièvre, toux et expectoration fétide.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort à la suite d'une bronchite.

Antécédents personnels. — Rougeole, scarlatine et fièvre typhoïde. Son bras gauche a été amputé, il y a sept ans, par suite d'un accident. La menstruation à 14 ans. Les menstrues se succèdent régulièrement. A eu une grossesse et a accouché à terme d'un fœtus mort-né.

Histoire de la maladie. — Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, la malade a eu un frisson nocturne suivi de température élevée. Dyspnée, toux. Deux semaines après le début de la maladie, la toux devient plus fréquente, l'expectoration fétide.

Etat actuel. — La malade est de constitution débile, fébricitante, 38 degrés, toux et expectoration fétide.

Appareil respiratoire. — Râles de bronchite diffus dans les deux poumons. A la base droite, on entend un foyer de sous-crépitants, et à la percussion on constate, à la même place, une matité prononcée.

Appareil circulatoire. — Normal. Pouls, 116.

Appareil digestif. — Rien de particulier. La rate n'est pas perceptible. La réaction de Wassermann dans le sang est négative. Pas de bacilles de Koch dans le crachat et dans les matières fécales. L'examen des crachats indique des polynucléaires et quelques hématies. L'urine ne contient pas d'albumine.

On administre à la malade des expectorants. L'expectoration continue à être fétide et abondante. Les phénomènes congestifs et la matité à la base droite se maintiennent. On pose le diagnostic d'abcès pulmonaire et on institue un traitement au chlorhydrate d'émétine. La malade reçoit, à intervalle de trois jours, des injections sous-cutanées de 0 cg. 02 de chlorhydrate d'émétine. Les injections sont au nombre de douze.

Le 2 septembre 1926, la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION VI.

B... (Constantin), âgé de 33 ans, ouvrier, entre le 9 septembre 1926 dans le service des maladies contagieuses de l'hôpital Colentina pour douleur dans l'hémithorax gauche. Toux avec expectoration fétide.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Sans importance.

Antécédents personnels. — Use d'alcool et de tabac. Aucune maladie infectieuse et contagieuse.

La maladie a débuté brusquement, avec frissons, pendant que l'homme travaillait aux champs. Il y a eu ensuite une douleur aiguë au-dessous du mamelon gauche, dyspnée, toux. Il est entré à l'hôpital de Tg. Ocna d'où il est sorti après deux semaines sans fièvre et se sentant beaucoup mieux. Continuant à maigrir et à avoir une toux fétide, il vient à Bucarest et entre à l'hôpital Colentina.

Etat actuel. — Le malade a de la fièvre, 38°3, il est faible, tousse fréquemment, a une expectoration très fétide.

Appareil respiratoire. — Matité dans la fosse sous-claviculaire gauche, râles sous-crépitaux, au même endroit. Dans le reste des poumons, aucune modification de tonalité; respiration soufflante.

Appareil circulatoire. — Les battements du cœur sont réguliers. Le pouls à 120. Le foie dépasse les fausses côtes de deux doigts. La rate n'est pas perceptible. On n'a pas trouvé de bacilles de Koch dans les crachats. L'examen de l'expectoration indique des cellules pavimenteuses buccales, des polynucléaires, des hématies. La réaction de Wassermann est négative. L'urine contient un nuage d'albumine. Pas de sucre.

Diagnostic. — Abscessus postpneumonique. Le malade reçoit sept injections sous-cutanées à intervalle d'un jour, à 0 cg. 01 d'émétine chacune. L'expectoration diminue graduellement en quantité, la température baisse, et le malade quitte le service sur sa demande, le 24 septembre, allant beaucoup mieux.

OBSERVATION VII.

V... (Mussat), 36 ans, magasinier. Entre le 1^{er} septembre 1926 à l'hôpital Colentina, service des maladies contagieuses, pour la fièvre, expectoration muco-purulente et fétide.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Un frère mort de tuberculose.

Antécédents personnels. — Vieux tousseur. A souffert de paludisme. Nie toute maladie vénérienne.

Historique. — La maladie actuelle a débuté il y a un mois, avec frisson intense, suivi de fièvre; sudation. Quatre jours après, il commencé à tousser et à expectorer. Après environ deux semaines, l'expectoration est devenue fétide et muco-purulente. Sudations abondantes.

Etat actuel. — Le malade est débilité, transpire beaucoup, tousse et expectore abondamment. Les crachats sont fétides et muco-purulents.

Appareil respiratoire. — Sonorité exagérée du poumon droit. Sur toute son étendue, râles de bronchite diffus. Le poumon gauche présente une matité prononcée dans la fosse sous-claviculaire gauche. Râles crépitants à la même place. Tout le long du poumon gauche, on entend des râles sibilants et ronflants.

Appareil circulatoire. — La malatité précordiale est réduite. Au bout, on perçoit un rythme de galop. La tension au Vaquez-Laubry : Mx, 17; Mn, 7.

Le foie déborde sur les fausses côtes de deux travers de doigt. La rate est perceptible sur quatre travers de doigt. L'examen des crachats indique des pneumocoques, polynucléaires, cellules pavimenteuses. Pas de bacilles de Koch ni spirilles. L'urine contient un nuage d'albumine.

On pose le diagnostic d'emphysème pulmonaire, bronchite chronique, abcès pulmonaire. Le malade reçoit des injections sous-cutanées au chlorhydrate d'émétine, 0 g. 02 par injection, à intervalle de deux jours. Il quitte le service le 17 septembre de la même année. Son état est meilleur en général. La toux a diminué, l'expectoration de même, sa fétidité a complètement disparu.

OBSERVATION VIII.

B... (W.), âgé de 17 ans, fonctionnaire, entre au service des maladies contagieuses de l'hôpital Colentina, le 29 novembre 1926, pour fièvre, toux avec expectoration purulente et fétide.

Antécédents personnels. — La varicelle à l'âge de 8 ans. Pas d'autres maladies infecto-contagieuses, n'use pas d'alcool ni de tabac.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Son père est mort de tuberculose pulmonaire.

Historique. — La maladie a débuté trois semaines auparavant avec coryza, laryngite, frissons et hyperthermie. Le malade a pris des antithermiques qui ont fait disparaître les symptômes ci-dessus. Quelques jours après, il a commencé à tousser, à expectorer des crachats abondants, purulents et fétides. Il a beaucoup maigri et n'a pu pourvoir à ses occupations.

Etat actuel. — Le malade est très faible, a de l'inappétence, de fortes quintes de toux, expectoration à caractère de vomique, fétide, purulente.

Appareil respiratoire. — Le poumon gauche a à sa base une zone de matité avec vibrations exagérées; à l'auscultation, des râles sous-crépitants. Le poumon droit a des modifications respiratoires dans la fosse sous-épineuse droite, avec légère matité à la même place.

Appareil circulatoire. — La pointe bat dans le cinquième espace intercostal gauche, bruit claquant de l'artère pulmonaire, pouls 80.

La rate est perceptible sur la largeur de trois doigts.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes.

L'examen bactériologique des crachats indique des pneumocoques, des leucocytes, des cellules pavimenteuses, — pas de bacille de Koch ni de spirilles.

On établit le diagnostic d'abcès pulmonaire gauche et on recourt au traitement au chlorhydrate d'émétine.

Le malade reçoit 12 injections au chlorhydrate d'émétine à intervalles de deux jours. Les doses injectées ont été de 0 cg. 01.

Dès les premières injections, on a observé une amélioration dans l'état du malade : la température baissa, l'expectoration diminua, l'appétit devint meilleur. Le malade quitte le service, le 15 décembre 1926, complètement rétabli.

L'étude des sept observations (obs. II à VIII) qui précèdent montre que, dans tous nos cas d'abcès pulmonaires, le chlorhydrate d'émétine a eu une vive action sur la maladie. Les phénomènes cliniques manifestés par les malades s'amendaient graduellement à mesure du traitement, pour disparaître complètement à la fin.

Un seul des sept malades soignés par nous a quitté l'hôpital (obs. IV), gardant, quoique améliorée, l'expectoration purulente avec laquelle il était venu. Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer de cas résistant suffisamment au traitement à l'émétine pour nous obliger à associer à ce traitement les autres essais thérapeutiques usuels. Les résultats obtenus par nous coïncident par leur efficacité avec ceux observés à la clinique thérapeutique de Bucarest dans le traitement des bronchites fétides et des gangrènes pulmonaires.

L'examen des crachats, fait chez tous nos malades, a indiqué une flore microbienne polymorphe. Dans 3 cas seulement, on a trouvé les spirilles (obs. III, V et VI). Le bon résultat du chlorhydrate d'émétine s'avérant aussi bien dans les cas de spirilles, ne peut nous faire penser à une action élective de l'émétine sur les spirilles; de même, nous ne pouvons considérer les spirilles comme le microbe principal des abcès pulmonaires.

La guérison de nos malades s'est faite en moyenne en deux ou trois semaines. Les doses de chlorhydrate d'émétine injectées journellement ont varié entre 0 cg. 01 et 0cg. 02.

La quantité totale d'émétine utilisée pour chaque malade a été de 1 gramme à 1 g. 5.

OBSERVATION IX.

Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine.

(LAEDERICH et POUMEAU-DELILLE [Soc. méd. des hôp., 15 févr. 1929].)

V... (Louis), charbonnier, âgé de 46 ans, entre à l'hôpital Necker, le 15 novembre 1928, pour un épisode pulmonaire aigu; il a été pris deux jours auparavant de frissons de fièvre et d'un violent point de côté haut situé à droite.

A son entrée, la température atteint 39 degrés; le malade, alcoolique invétéré, est agité, trémulent; son faciès est vultueux; la respiration est un peu rapide et gênée, mais l'expectoration est muco-purulente, sans caractère congestif. L'examen de l'appareil respiratoire ne permet de découvrir aucun foyer congestif; on note une légère submatité du sommet droit, sans modification des vibrations; à l'auscultation, on ne perçoit que des râles sibilants et ronflants, disséminés dans les deux champs pulmonaires, en avant et en arrière. L'examen complet des autres appareils est absolument négatif.

Nous connaissons d'ailleurs ce malade; il a été hospitalisé dans notre service en avril dernier pour une crise de délire alcoolique; à cette époque, il avait eu une légère bronchite et nous l'avions examiné avec d'autant plus de soins que nous savions que sa femme était hospitalisée dans un service voisin pour tuberculose pulmonaire, tandis que lui-même prétendait avoir été réformé, en 1914, pour bronchite chronique. Or, nous n'avions rien trouvé à l'auscultation, et un examen radioscopique n'avait montré qu'une légère augmentation des tractus broncho-vasculaires sans aucune image de condensation parenchymateuse.

En présence de l'épisode actuel, nous pensons qu'il s'agit d'une bronchite aiguë banale, avec, peut-être, un foyer congestif latent, pour expliquer le point de côté; mais, en raison des antécédents, nous faisons des réserves sur la possibilité d'une poussée évolutive bacillaire. Bien que la recherche du bacille de Koch aussitôt pratiquée dans les crachats, soit négative, ces suspicions augmentent les jours suivants, car la température se maintient autour de 39 degrés, le malade est abattu et amaigri. Les examens stéthoscopiques, soigneu-

sement repérés, ne révèlent toujours que des râles sibilants et ronflants disséminés.

Aussi, malgré la fatigue du malade, nous décidons, le 25 novembre, de le soumettre à un examen radioscopique. A notre grande surprise, nous découvrons sur l'écran une image typique d'abcès pulmonaire : il existe, à la partie externe de la région sous claviculaire droite, une image hydro-aérique du volume d'une orange assez régulièrement ovulaire à grand axe vertical, large de 7 centimètres, haute de 9 centimètres, le niveau liquidien horizontal immobile avec la position du malade occupant le milieu de la hauteur de la poche. Celle-ci est limitée par un contour assez mince à sa partie infero-externe; elle se continue avec une zone obscure, le reste du parenchyme est sain, on y voit seulement les tractus broncho-vasculaires un peu plus accusés que normalement hors du présent examen.

Surpris par cette découverte radiologique, nous pratiquons un nouvel examen stéthoscopique très minutieux, mais celui-ci reste aussi négatif que les précédents, cet abcès est resté et restera muet pendant toute son évolution.

Nous faisons alors une nouvelle enquête clinique pour déterminer la nature de cet abcès, et cherchons à dépister une amibiase. L'interrogatoire nous apprend que le malade a séjourné deux ans en Algérie, en 1906 et 1907. Il a souffert de fièvres paludéennes, mais ne se souvient d'aucun épisode dysentérique. Rentré en France depuis cette époque, il y a plus de vingt et un ans, il a toujours été bien portant, malgré ses habitudes éthyliques avérées jusqu'aux accidents signalés plus haut; il nie absolument toute histoire d'entérite.

L'examen des crachats, qui sont toujours, d'aspect muco-purulent banal, est pratiqué à nouveau sur des crachats fraîchement expectorés; nous n'y trouvons qu'une flore microbienne banale peu abondante, sans prédominance d'espèces microbiennes; impossible d'y découvrir ni amibes, ni kystes.

Même résultat négatif de l'examen des selles. L'analyse de sang ne montre qu'une légère polynucléose à 2 p. 100 d'éosinophiles. Malgré ces résultats négatifs, nous décidons d'instituer un traitement émitinien d'essai. Le malade reçoit en neuf jours, du 28 novembre au 6 décembre, 0 g. 84 d'émétine en injections intraveineuses.

La température, qui était brusquement tombée de 39 degrés à

37°6 la veille de la première piqûre, ne remonte plus à partir de ce jour. Le malade accuse immédiatement un mieux-être remarquable. La toux et l'expectoration disparaissent, l'état général redevient excellent, le poids augmente.

Une seconde radiographie, pratiquée le 7 décembre, le lendemain de la neuvième injection d'émétine, montre une diminution extraordinaire de l'abcès qui n'atteint plus même le volume d'une noix, mais dans lequel on distingue encore un niveau liquide vers son tiers inférieur.

Une troisième radiographie, faite vingt jours plus tard, le 27 décembre, permet encore de distinguer une perte de substance du volume d'une noisette avec une quantité minime de liquide à sa partie déclive.

Une seconde série d'injections d'émétine est faite, du 28 décembre au 6 janvier, à la dose de 0 cg. 08 par jour.

Une dernière radiographie est faite après ce dernier traitement, elle ne laisse plus deviner que difficilement, au milieu d'un parenchyme sensiblement normal, une petite clarté arrondie, à peine du volume d'une cerise, sans niveau liquide. Le malade se trouve parfaitement rétabli et quitte l'hôpital.

COMMENTAIRE. — Il s'agit d'un abcès pulmonaire à début aigu dont les signes physiques sont restés si remarquablement latents qu'il n'a pu être découvert que par la radiologie. Cet abcès, bien que survenu chez un sujet qui n'a jamais présenté de symptômes de dysenterie, a guéri en quelques jours sous l'influence d'injections intraveineuses d'émétine.

Comme dans les cas analogues rapportés antérieurement, la question se pose de la nature amibienne ou non de cet abcès. Quels arguments cliniques peut-on invoquer pour ou contre l'amibiase ?

1° L'absence de toute histoire de dysenterie dans les antécédents de notre malade ne peut être objectée à l'hypothèse d'amibiase pulmonaire, car pareil fait a été relaté dans maintes observations d'abcès du poumon et du foie; il n'est d'ailleurs pas surprenant qu'une légère atteinte intestinale ait été oubliée par le patient.

2° Notre malade a fait un séjour de deux ans dans différentes régions de l'Algérie, où il est vraisemblable qu'il a pu contracter l'amibiase. Mais il y a de cela plus de vingt ans. Or, dans les observations d'amibiase pulmonaire relatées jusqu'ici, la contamination remonte en général à deux ou trois ans (Ramond); le malade de Weill et Lamy avait séjourné en Algérie cinq ans avant son accident pulmonaire, celui de Dargein et Doré avait été à Corfou six ans auparavant; celui de Lemierre et Kourilsky était revenu d'Orient depuis dix ans. Nous n'avons pas trouvé de cas où le délai ait été aussi long que chez notre malade.

3° Dans notre observation, le siège au sommet droit ne serait pas ordinaire pour l'amibiase.

4° Le seul argument en faveur de l'origine amibienne est dans l'action curatrice. On a dit justement que cet argument était péremptoire quand il s'agit d'un abcès chronique, qu'on savait n'avoir aucune tendance spontanée à la guérison, mais que sa valeur était bien moindre dans le cas d'abcès aigus, qui peuvent guérir tout seuls. Chez notre malade, l'épisode pulmonaire datait de quinze jours seulement lorsque nous avons commencé l'émétine. L'amélioration a été si frappante et les examens radiologiques ont montré une telle régression de la cavité abcédée (sans évacuation de pus par vomique) qu'il nous paraît impossible d'invoquer une guérison spontanée. L'action curatrice de l'émétine est indiscutable : est-ce là un abcès amibien ?

Quoi qu'il en soit, concluons une fois de plus au devoir impérieux de tenter le traitement éméтинien en présence de tout abcès pulmonaire dont la cause est obscure, même en l'absence de toute présomption clinique d'amibiase.

Voici deux observations publiées récemment par MM. BRULE, LAPORTE et RAGU (Soc. méd. hôp. Paris, 31 mai 1929) :

OBSERVATION X.

M... (Désiré), mécanicien, âgé de 56 ans, entre à l'Hôpital Tenon le 25 décembre 1928 pour toux et expectoration fétides apparues trois ou quatre jours avant son entrée.

Depuis deux mois, il avait présenté à deux ou trois reprises un point douloureux thoracique assez violent, à la partie moyenne et à la base du poumon droit; ces douleurs l'avaient forcé à arrêter son travail deux ou trois jours chaque fois. Il n'avait ni craché ni toussé; des ventouses et des cataplasmes, puis des piqûres d'eucalyptine, avaient fait disparaître la douleur sans qu'à aucun moment il y ait eu fièvre.

Le 3 décembre 1928 apparaît une douleur thoracique intense à droite, douleur surprenant le malade par la brutalité de son début et son intensité, le forçant à se coucher. Ramené chez lui, le malade voit la douleur disparaître, aussi brusquement qu'elle était apparue, au bout de trois heures environ. Cette douleur ne s'est accompagnée que d'une gêne respiratoire légère, mais sans toux ni expectoration. Deux jours après, il peut reprendre son travail, sans trop s'inquiéter du caractère un peu fétide qu'avait repris son haleine. Cependant, son médecin a pratiqué une radioscopie qui aurait montré à la base du poumon une image anormale.

Ce n'est que trois ou quatre jours avant l'entrée à l'hôpital que la toux et l'expectoration apparaissent, sans que le malade ait rien remarqué d'autre qu'un léger amaigrissement de 4 kilos environ (75 à 71) et une poussée fébrile à 38° 4.

La toux, rare dans la journée, survient dans la nuit; elle est presque toujours accompagnée de crachats soit blanchâtres, soit verdâtres, mais toujours fétides. L'expectoration n'a jamais été sanglante; elle serait plus abondante quand le malade se couche du côté droit.

Dans les quatre ou cinq premiers jours, le malade a présenté quelques sueurs nocturnes; il n'a pas eu de vomissements, et même son appétit a augmenté.

On ne note aucun antécédent pulmonaire, mais depuis trois ans et demi il existe une gêne légère de la déglutition, l'ingestion de grosses houchées de pain ou de viande amenant une sensation d'arrêt dans l'œsophage que la prise d'un peu d'eau suffit à faire cesser. Ces signes œsophagiens n'ont pas été en s'accroissant.

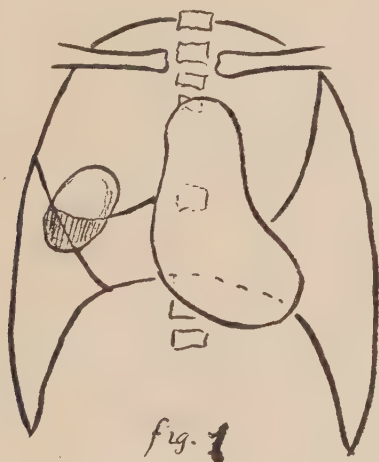
On relève, dans les antécédents, un séjour en Afrique du Nord, de 1891 à 1895, mais sans troubles intestinaux. Pas de syphilis.

Au premier examen, dans le lit d'hôpital, le malade donne

aussitôt l'impression d'être atteint d'une affection pulmonaire sévère, bien que sa température ne dépasse pas 37°5. L'aspect général est mauvais, le facies plombé, l'amaigrissement évident. La toux est réveillée par le moindre mouvement dans le lit, mais les crachats sont relativement peu abondants; ils sont simplement muco-purulents, mais très nettement fétides, sans avoir cependant la putridité de la gangrène.

Malgré l'intensité de ces troubles fonctionnels pulmonaires, l'examen physique des poumons révèle peu de symptômes. Le poumon gauche est normal, sauf quelques sous-crépitants à la base.

À la partie moyenne du poumon droit, en arrière, la respiration



est diminuée, et, près de la colonne vertébrale, on perçoit un léger souffle tubaire. Ni submatité ni modification des vibrations vocales ne sont perçues à ce niveau. Seule la radiographie, pratiquée le 29 décembre, devait permettre de préciser la nature de la pneumopathie et montrait, à la partie moyenne du poumon droit, un volumineux abcès de la grosseur d'une orange, limité par une coque circulaire opaque et rempli à moitié de liquide dont le niveau supérieur restait horizontal lors des déplacements du thorax devant l'écran. Une ombre moins opaque, semblant suivre la scissure interlobaire, se prolongeait jusqu'à la limite externe du thorax (fig. 4).

Le diagnostic d'abcès pulmonaire fétide était donc évident; cet

abcès ne s'évacuait, qu'imparfaitement et par petites vomiques fractionnées. L'une d'elles fut provoquée par une tentative d'injection intraveineuse de trypaflavine. Les premières gouttes injectées dans la veine provoquèrent une quinte de toux violente qui força à suspendre l'injection, et le malade rendit une vingtaine de gros crachats fétides qui, pour la première fois, avaient un aspect hémoptoïque et une coloration framboisée.

L'examen de tous les autres organes était négatif.

La fièvre ne s'éleva qu'une fois à 39 degrés, le 30 décembre. La température, tous les autres jours, restait normale, en montant tout au plus à 37°5 le soir.

Le malade reçut deux injections de 0 g. 15 et 0 g. 30 de novarsénobenzol, le 28 décembre et le 4 janvier. Il prend quotidiennement de l'hyposulfite de soude, mais son état ne s'améliore pas.

Le 5 janvier, on commence à pratiquer une injection sous-cutanée de 0 g. 06 de chlorhydrate d'émétine, et l'on continue ces injections pendant quatre jours. Presque immédiatement, une amélioration très nette se manifeste, la fétidité des crachats disparaît, l'expectoration devient à la fois plus facile et moins abondante, l'appétit reparaît.

Après six jours d'interruption, ce traitement par l'émétine est repris le 15 janvier, et 0 g. 06 sont injectés quotidiennement pendant cinq jours. Le malade est alors véritablement transformé; il ne crache plus, se déclare guéri; son poids, qui était de 66 kilos le 15 janvier, passe à 68 kilos le 21 janvier. Une seconde radiographie faite le 19 janvier, quatorze jours après la première injection d'émétine, montre une rétrocession considérable de l'abcès pulmonaire; son volume n'est plus que de celui d'une amande, dont il a la forme elliptique, à grand axe horizontal, présentant encore un petit niveau liquide.

Une troisième radiographie faite le 30 janvier ne montre plus qu'une ombre elliptique de la grosseur d'un haricot (fig. 2).

Dès lors, le malade est en pleine convalescence, sans toux ni douleur, ni expectoration. Il reçoit encore trois injections d'émétine, les 27, 28, 29 janvier, et sort de l'hôpital, sur sa demande, le 7 février. Son poids est remonté à 72 kilos, puis à 74, le 11 février.

Le 15 février, deux ou trois crachats fétides reparaissent et le malade rentre aussitôt à l'hôpital. Il reçoit, sans amélioration, deux injections de 0 g. 12 à 0 g. 18 de sulfarsénol, le 22 et le 25 février. L'expectoration augmente chaque jour; le poids tombe de 75 à 74 kilos. Une radiographie faite le 16 février montre que l'abcès primitif n'a pas augmenté, mais à quelques centimètres au-dessous est apparue une ombre dense, à contours irréguliers, à centre non excavé, qui fait craindre un nouvel abcès. On reprend aussitôt un traitement émétinien, mais les dernières injections sous-cutanées de l'émétine, fournie par l'Assistance publique, ayant été très dou-

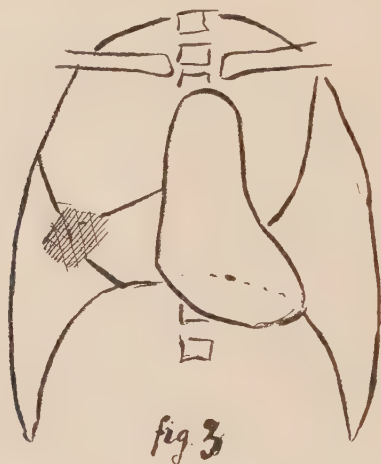


loureuses, on pratique des injections intraveineuses quotidiennes de 0 g. 06, qui sont admirablement supportées. Dix injections intraveineuses sont faites à partir du 27 février, et cette petite rechute est définitivement enrayée.

Pour nous assurer de la guérison, nous gardons depuis lors ce malade à l'Hôpital Cochin. Il est en parfait état, ne tousse ni ne crache; il pèse, fin avril, 77 kg. 600. Par mesure de sécurité, nous continuons à lui faire quelques injections intraveineuses d'arsénobenzol et, chaque mois, des injections d'émétine sous-cutanées, qui, à condition d'employer une autre marque d'émétine que celle de l'Assistance publique, ne sont plus douloureuses.

Une radiographie pratiquée au début de mai ne montre plus qu'une petite ombre circulaire du volume d'une pièce de 1 franc à la base du poumon droit (fig. 3).

Le malade se plaignant encore de spasmes œsophagiens, qui, chez lui, sont très anciens et remontent à cinq ans, nous avons demandé l'exploration radiologique de l'œsophage, qui montre des anneaux spasmodiques entre les rétrécissements physiologiques œsophagiens et bronchiques; le médiastin postérieur est légèrement assombri à sa partie moyenne, faisant soupçonner au radiologiste la possibilité d'une adénopathie médiastine.

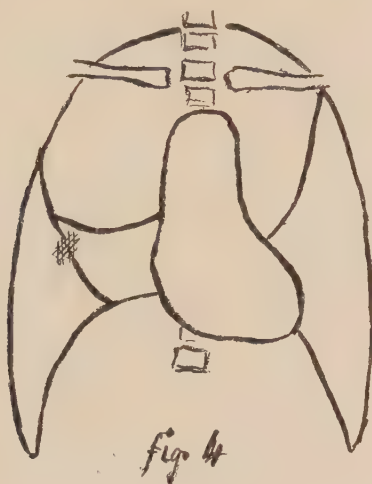


Nous avons répété de multiples fois, sans succès, la recherche des amibes et des spirilles dans les crachats; la recherche des amibes dans les selles est toujours restée négative.

Par ailleurs, l'examen des crachats n'a jamais montré qu'une flore microbienne banale et peu abondante, constituée seulement de quelques pneumocoques.

Des réserves doivent encore être faites pour l'avenir de ce malade, car, après une longue période de bien-être, il a recommencé à cracher le 15 mai, tandis que l'opacité qui persistait à la radiographie augmentait d'étendue et que le poids tombait de 78 à 76 kilos. Le 29 mai, apparut une petite vomique de crachats mucopurulents

et hémoptoïques qui soulagea le malade. Aucune fièvre n'apparut pendant cette petite reprise des accidents pulmonaires. Fin mai, l'état du poumon était tel que le représente la figure 4.



OBSERVATION XI.

Mme B... (Madeleine), âgée de 21 ans, femme de ménage, entre à l'hôpital Cochin le 11 février, pour une affection pulmonaire fébrile.

Depuis le 2 février, la malade, jusque-là bien portante, commence à se sentir fatiguée, à présenter des maux de tête, des nausées, quoique gardant bon appétit.

Le vendredi 8 février, elle se met à tousser d'une toux sèche sans expectoration; le samedi, sa température monte à 39 degrés et se maintient à 40 degrés le dimanche; la malade continue à tousser et se plaint alors d'un point de côté de la région axillaire droite.

Cependant, son entrée à l'hôpital, le lundi 11 février, semble marquer le dernier épisode fébrile, puisque la température revient à 37°2 le mardi matin 12 février, et se maintient entre 37°5 et 38°2; par ailleurs, l'examen pulmonaire s'étant montré négatif à l'entrée, on diagnostique une grippe banale au terme de son évolution; la malade semble convalescente, se remet à manger; son point de côté et sa toux se calment.

Cependant, la température augmente peu à peu à partir du 6 février. Le 22 février, des symptômes vont réapparaître : d'une part, la malade se plaint de douleurs dans la gorge, de dysphagie d'autre part; surtout, les signes pulmonaires reprennent plus nettement, la toux se fait plus forte et pour la première fois la malade se met à cracher; d'abord, l'expectoration est banale, verdâtre, peu abondante, mais on y voit apparaître le second jour quelques stries sanglantes.

Ces crachats hémoptoïques ne persistent que 3 ou 4 jours, puis l'expectoration redevient banale, mais abondante, 150 cc. environ d'un liquide séro-purulent, gris verdâtre, aéré, non fétide, d'odeur aigrelette.

En même temps, la malade est reprise d'un point de côté axillaire droit, violent, tenace, irradiant sous l'omoplate et en avant sous le sein.

La température remonte progressivement depuis le 24 février de 1 degré par jour, avec rémission matinale, et atteint 40°2 le 28 février; elle reste alors à grandes oscillations avec maximum à 40 degrés, minimum à 38°5. C'est à ce moment, du 28 février au 1^{er} mars, que l'état de la malade semble le plus touché; elle se plaint de dysphagie, d'anorexie, de constipation et de nausées, d'agitation et d'insomnie avec cauchemars; sa bouche est pâteuse et son aspect traduit l'infection; le facies reste bon et coloré, mais la langue est saburrale, l'haleine légèrement fétide, le pouls rapide à 110, les urines peu abondantes ne contiennent ni albumine, ni sucre.

L'examen physique, par contre, est décevant, et rien ne permet d'expliquer la fièvre, ni les amygdales un peu rouges, sans points blancs, ni l'état du poulmon; à peine constate-t-on une zone de submatité au sommet droit avec retentissement de la voix et de la toux, mais l'absence de souffle ne permet pas d'affirmer un syndrome cavitare.

Le cœur, le foie, l'abdomen sont normaux, la tension artérielle est à 15-10.

On pratique alors une radiographie qui révèle une image de caverne du lobe supérieur droit, arrondie, légèrement allongée

sans le sens vertical, de la grosseur d'une pièce de 5 francs, mais sans niveau liquide.

L'examen des crachats a montré une flore microbienne peu abondante avec quelques pneumocoques et absence de spirochètes.

Une hémoculture, un séro-diagnostic sont restés négatifs.

La formule cytologique du sang est la suivante :

Globules rouges, 3.490.000;

Globules blancs, 17.800;

Urée du sang p. 1.000, 0,43;

Antécédents. — La malade, de santé plutôt débile, a été réglée à 17 ans, ses règles sont irrégulières; elle est depuis deux ans à Paris, elle tousse fréquemment l'hiver. En 1928, pendant un an, elle a présenté de la diarrhée à type post-prandial (mais une seule ou deux selles par jour) que l'on a mises sur le compte d'une entérite; cette diarrhée a cessé avec un changement de régime alimentaire et des ferments lactiques. Depuis, elle n'a plus jamais présenté de diarrhée, son entourage se porte bien, elle n'a jamais quitté Paris et n'a pas été en contact avec des dysentériques.

Bien qu'il n'existe aucune raison de penser à un abcès amibien du poumon, on a institué systématiquement, le 2 mars, un traitement par le chlorhydrate d'émétine. La malade reçoit, six jours de suite, une injection sous-cutanée de 6 centigrammes de chlorhydrate d'émétine. Elle prend, en même temps, deux fois par jour, un comprimé de 0 g. 25 de stovarsol.

Dès le début de ce traitement, une amélioration considérable se manifeste; la fièvre tombe rapidement et, à partir du 4 mars, la température est stabilisée entre 37 degrés et 37°5. L'état général surtout devient meilleur, mais la toux persiste; l'expectoration qui était encore de 300 cc. le 5 mars, tombe à 150 cc. puis à 50 cc., quelques jours plus tard. Les signes d'auscultation disparaissent complètement. De nouvelles radiographies pratiquées chaque semaine montrent la diminution graduelle de l'image cavitaire qui n'a plus, le 30 mars, que le diamètre d'une pièce de 50 centimes. Trois injections de 0 g. 04 d'émétine sont encore pratiquées les 22, 23 et 24 mars.

Mais le 1^{er} avril, la température qui était redevenue normale

remonte brusquement à 38 degrés et 39°5. La malade recommence à tousser, elle se plaint d'un point de côté droit violent, irradiant dans le bras. La dysphagie reparait. L'état général est mauvais, avec frissons, céphalée, anoréxie, insomnie. Les crachats restent cependant peu abondants, 20 cc., et non fétides. Une grosse adénopathie inflammatoire, de la grosseur d'une noix, apparaît immédiatement au-dessus de la clavicule droite, correspondant certainement à l'abcès pulmonaire du lobe supérieur.

Deux nouvelles radiographies montrent que le premier abcès du poumon s'est largement étendu par le bas, en un point où existait auparavant une petite zone opaque à la radiographie.

Quatre injections de 0 g. 06 de chlorhydrate d'émétine sont pratiquées à partir du 8 avril.

A partir du 13 avril, la température revient à 37°5, puis se maintient en plateau entre 37°5 le matin et 38 degrés le soir. L'état de la malade s'améliore de nouveau, elle tousse moins, la courbe des crachats est de 25 cc. par jour, elle est reprise d'appétit, elle recommence à dormir, sa tension artérielle est à 11-6.

A l'examen, il n'existe plus de symptômes pulmonaires, mais au niveau du creux claviculaire droit persiste un ganglion de la grosseur d'une noisette, dur, légèrement douloureux, mobile; il n'y a pas d'adénopathie au creux axillaire.

Une radio, pratiquée le 17 avril, montre au-dessous et à droite de l'image cavitaire déjà existante, une autre image plus petite; une radio, pratiquée le 24 avril, confirme ce tableau radiologique.

On reprend le traitement émetinien le 24 avril; d'abord, pendant quatre jours, 0 g. 06 d'émétine de l'Assistance, mais comme la malade présente des douleurs et des vomissements, on remplace l'émétine de l'Assistance par de l'émétine Bruneau, à raison de 0 gr. 04 par jour. On arrête l'émétine le 3 mai, c'est-à-dire après 11 injections. A ce moment, à côté du gros ganglion sous-claviculaire est apparu un second ganglion plus petit; mais les jours suivants l'adénopathie commence à régresser.

Fin mai, la malade est en pleine convalescence, elle ne tousse plus, ni ne crache, a repris du poids et commence à sortir; elle demande à partir achever sa guérison à la campagne.

Les deux observations que nous rapportons sont donc deux cas d'abcès du poumon, rapidement et singulièrement améliorés par l'émétine. La première observation est la plus probante; étant donné la gravité de l'état du malade à son entrée à l'hôpital. Malgré l'absence presque constante de fièvre, il existait une toux pénible et une expectoration abondante et fétide; l'examen physique du thorax était presque absolument négatif, mais la radiographie montrait un abcès, du volume d'une orange, avec un gros niveau de liquide. Les injections sous-cutanées de 0 g. 06 de chlorhydrate d'émétine firent disparaître la fétidité des crachats, qui avait résisté à l'hyposulfite de soude et à deux injections intra-veineuses de novarsénobenzol. Après six jours d'interruption, 5 nouvelles injections d'émétine sont pratiquées; l'expectoration disparaît, le malade se déclare guéri. Une radiographie, pratiquée quatorze jours après le début du traitement émetinien, montre une diminution considérable de l'abcès pulmonaire qui, du volume d'une orange, est passé à celui d'une amande. Le malade engraisse rapidement de 8 kilos.

Il sort de l'hôpital, mais y rentre, quelques jours après, avec une légère reprise des accidents pulmonaires, rechute qui cède d'ailleurs vite à de nouvelles injections, d'abord intra-veineuses, puis sous-cutanées, d'émétine.

Depuis février il reste en très bon état et la radiographie montre la disparition presque totale du foyer pulmonaire.

La seconde observation est celle d'une jeune femme qui, après une courte période fébrile au début de février, présente, à la fin du mois, un abcès pulmonaire de la partie supérieure du poumon droit, du volume d'une pièce de 1 franc, avec fièvre à 40 degrés, expectoration abondante, mais non fétide. Pendant six jours de suite, la malade reçoit quotidiennement 0 g. 06 de chlorhydrate d'émétine et 0 g. 50 de stovarsol. En trois jours, la fièvre tombe, les crachats diminuent beaucoup d'abondance, et l'état général se transforme. Cependant, la poche pulmonaire persiste à la radiographie sans grande modification. L'état reste satisfaisant pendant un mois, puis une rechute apparaît avec ascension de la fièvre à 39°, réapparition d'un point de côté droit, et fait exceptionnel,

apparition d'une grosse adénopathie sous-claviculaire correspondant au siège juxta-apical de l'abcès du poumon. Celui-ci s'étend à la radiographie et un foyer de condensation pulmonaire, qu'on notait au-dessous de l'abcès, commence à s'excaver. Une nouvelle série d'injections d'émétine arrête cette reprise des accidents, et actuellement la malade peut être considérée comme guérie.

Rien, dans l'histoire de ces deux malades ne permettait d'affirmer l'amibiase. Le premier malade avait séjourné en Algérie de 1891 à 1895, mais n'avait, ni alors, ni depuis, présenté de troubles intestinaux. La seconde malade n'avait jamais quitté la France et n'avait pas été en contact avec des dysentériques.

Des examens répétés n'ont décelé la présence d'amibes, ni dans les selles, ni dans les crachats. C'est donc, systématiquement, que nous avons employé chez eux l'émétine. Or, chez le premier malade, les résultats de ce traitement ont été aussi rapides et aussi bons que ceux qui ont été publiés dans les abcès certainement amibiens du poumon. Moins brillant dans le second cas, l'effet du traitement éméтинien est cependant resté des plus satisfaisants. Faut-il, en se basant seulement sur l'action rapide de l'émétine, conclure que ces deux abcès étaient des abcès amibiens du poumon? Nous ne le croyons pas, et cette interprétation nous semblerait fausser la signification des faits observés.

Plus récemment encore (28 juin 1929), frappé par la guérison rapide de nombreux abcès du poumon, dont autrefois l'évolution était regardée comme fatale, Bezançon publie une série d'observations. De celles-ci nous extrayons la première, où l'action de l'émétine semble vraiment nette :

OBSERVATION XII.

Mme Cop..., 31 ans, entre le 8 avril 1929, salle Hanot, n° 11. Au début de mars, elle a été atteinte d'une pneumonie franche aiguë, siégeant à droite, absolument prouvée par l'anamnèse.

Mais, dans la quinzaine qui suit la crise, la malade maigrit de jour en jour, si bien qu'elle a perdu 10 kilos, en un mois. Elle se

met à tousser et expectore abondamment. Nous nous trouvons en présence d'une femme au faciès vultueux, qui toussait presque sans arrêt, expectorant du pus. L'examen pulmonaire décèle une matité sous-claviculaire droite avec souffle aux deux temps, à timbre tubaire et gargouillements après la toux.

En arrière, la matité s'étend aux deux tiers supérieurs du poumon droit; le souffle et les gargouillements s'entendent dans la région sus-épineuse. Dans l'aisselle, le souffle a un timbre amphorique.

La dyspnée est légère, non perçue par la malade, mais nette au cours de l'interrogatoire; de temps en temps l'haleine est malodorante mais non fétide.

L'expectoration qui va atteindre 200 grammes en vingt-quatre heures ne contient pas de B.K. mais des pneumocoques en abondance : il n'a pas été trouvé de fibres élastiques.

La température est à 37°5. L'évolution se fait vers la guérison avec une étonnante rapidité. Après quelques oscillations entre 37 et 38 degrés, l'apyrexie s'établit. La malade engraisse de 3 kilos en douze jours. L'expectoration, du 8 au 12 avril, se maintient au taux de 200 à 250 cc., puis brusquement diminue : 250 cc. le 12, 150 cc. le 13 avril, puis 80 cc. le 14, 40 cc. le 15, moins de 20 cc. les jours suivants.

Les signes d'auscultation disparaissent dans le même délai au départ de la malade le 20 avril. On ne trouve plus de matité, on n'entend plus de bruits anormaux; seule, la rudesse du murmure peut être notée dans une zone où douze jours auparavant, existaient les signes caverneux les plus évidents.

Le traitement a consisté en injections sous-cutanées quotidiennes de 5 cc. d'huile gomenolée, et, à partir du 12 avril, en injections sous-cutanées quotidiennes de 0,04 de chlorhydrate d'émétine, soit en tout 0,36.

Depuis sa sortie, cette femme a repris ses occupations habituelles. Elle ne tousse plus, ni ne crache plus pendant trois semaines. Revue récemment elle se plaint de cracher de nouveau mais refuse d'entrer à l'hôpital.

L'évolution de la maladie a été mise sous nos yeux, par des radiographies successives. Le 9 avril, on voit une image hydro-

aérique dans le tiers du poumon droit. La partie inférieure de cette image opaque peut évoquer l'idée d'une collection interlobaire, mais on y distingue une ombre vraiment liquidienne en forme de cupule et une zone moins régulièrement opaque, située au-dessous et de part et d'autre. La partie supérieure de l'image est une bulle gazeuse, séparée de la partie la plus dense par une ligne de niveau.

Cette bulle reste à distance de la paroi et du médiastin.

Le 15 avril, on voit une image cavitaire, ovoïde à grand axe vertical, sans niveau liquide; au-dessous et en dehors, un triangle opaque à base externe occupe la pointe du lobe supérieur. Le 19 avril l'image est analogue et comme rétrécie. Le 26 avril, même aspect; les ombres anormales commencent à s'effacer. Le 8 mai, l'image cavitaire est fort discutable : on distingue dans la région, des ombres curvilignes, qui en dessinent incomplètement l'ancien contour.

En résumé, cette malade, dans le mois qui a suivi la défervescence d'une pneumonie, a présenté au niveau de l'interlobe les signes d'une suppuration à pneumocoques avec vomique fractionnée. L'amélioration extrêmement rapide des signes locaux et généraux s'est manifestée à l'hôpital dès le début du traitement par l'émétine et ne s'est pas démentie dans le mois qui a suivi la sortie de la malade.

OBSERVATION XIII.

(D'ERBERT et BRANISTEAUN, *Presse médicale*, 29 janv. 1930.)

Abcès du poumon droit guéri par l'émétine.

M... (Stéphan), entre le 6 mars 1929, avec température, toux, expectoration fétide. Rien d'intéressant dans les antécédents.

Le 2 mars, notre malade, en rentrant de son travail, est pris pour la première fois d'une violente quinte de toux suivie immédiatement d'une expectoration fétide. Ce n'était pas une vomique, quoique la nuit la toux devînt plus fréquente et l'expectoration de plus en plus abondante.

A l'examen, le 6, haleine extrêmement fétide, malade amaigri; température, 38°4 le soir. Le malade reste assis dans son lit, le décubitus lui provoquant des accès de toux violents.

Cœur : Rien à signaler.

Dans l'espace interscapulo-vertébral droit, on trouve une submatité qui devient matité dans le huitième espace intercostal. En dehors, cette matité ne dépasse pas la ligne de l'angle inférieur de l'omoplate. Aussi cette matité est continuée jusqu'à la base du poumon par une légère sous-matité. L'examen radiologique nous précise : dans le lobe inférieur du poumon droit, on observe une ombre cylindrique. Dans sa partie interne cette ombre se confond avec le hile pulmonaire. On remarque aussi en cette ombre un niveau horizontal, surplombé d'une poche à air.

Le diagnostic d'abcès pulmonaire s'impose; l'enquête étiologique et les recherches bactériologiques ne révèlent pas l'amibiase. D'ailleurs, les cas d'amibiase sont extrêmement rares dans notre pays (Jassy, Roumanie).

La sécrétion mucopurulente et fétide expectorée pendant la journée du 6 mars a été de 600 cc.

Examen du frottis. — Nombreux polynucléaires détruits, pneumocoque, flore banale. Pas de spirilles ni de fibres élastiques.

Evolution et traitement. — Les quatre premiers jours, expectorant (polygala) et urotropine à la dose de 6 grammes par jour. Aucune modification en ce qui concerne la toux et la fétidité.

Le cinquième jour, on fait une injection sous-cutanée de 0,02 d'émétine. Le sixième jour, 0,04; la fétidité disparaît presque complètement, les quintes de toux s'atténuent, l'expectoration a diminué.

On continue les injections d'émétine de 0,04 pendant quatorze jours (jusqu'au 23 mars), quand le malade est complètement guéri : les crachats sont disparus, il ne tousse plus. A la radio, l'abcès est disparu.

La dose totale d'émétine a été de 55 centigrammes. Après une année, il n'y a plus aucun symptôme pulmonaire.

OBSERVATION XIV.

(*Id.*, *Ibid.*)

Abcès du poumon gauche.

R... (Zlata), 55 ans, entre à l'hôpital le 14 novembre 1928. Rien à retenir dans les antécédents. Malade depuis quatre semaines environ. Début brusque, température, frisson et point de côté dans la région scapulaire gauche. Dès le lendemain, le malade commence à tousser. Pas de vomique, expectoration très fétide.

Appareil pulmonaire : emphysème pulmonaire généralisé, avec bronchite chronique.

Sous-matité de l'espace sous-scapulaire gauche jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'épine de l'omoplate. Murmure vésiculaire diminué et quelques frottements dans cette zone.

Radiographie : abcès pulmonaire du lobe supérieur gauche.

Dans les crachats, spirilles rares, streptocoques et tétrades. Pas de fibres élastiques.

Evolution. Traitement. — Trois premiers jours, expectorant. On pratique alors une piqûre de 2 centigrammes de chlorhydrate d'émétine, et on suit ce traitement — en augmentant la dose au double dès le cinquième jour — pendant dix jours.

Nous remarquons que la fétidité a disparu dès le troisième jour, les crachats ont diminué en quantité, mais l'expectoration n'a jamais tari complètement. On interrompt le traitement après avoir injecté 32 centigrammes, les crachats redeviennent abondants et la fétidité réapparaît; après reprise du traitement, ces symptômes s'améliorent.

MM. Nubert et Branisteanu publient ensuite 4 observations de bronchites fétides sans spirilles, qui ont été améliorées par le chlorhydrate d'émétine.

OBSERVATION XV.

(F.-J. TRAISSAC, *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 juill. 1930.)

Bronchite grave et chlorhydrate d'émétine.

B... (Albert), 38 ans, entre dans le service de M. le Professeur Carles parce que son expectoration particulièrement abondante est devenue horriblement fétide, tandis que sa température s'est élevée et qu'il s'est mis à souffrir du côté.

C'est un vieux tousseur, depuis une bronchite aiguë qui date de vingt ans. Réformé n° 2 pendant la guerre, à la suite d'un épisode aigu, il doit abandonner sa profession de boulanger pour celle de cordonnier. Il crache beaucoup, en toutes saisons. C'est surtout le matin, à partir de 2 heures jusqu'au lever du jour, qu'il expectore des crachats purulents, d'une telle abondance qu'il fait disparaître sous son expectoration le fond de son pot de chambre qu'il a placé en guise de crachoir au pied de son lit. Ces crachats n'ont jamais été fétides. Pas de vomique.

Notons en outre qu'il souffre de temps en temps de sa région scapulaire droite.

Pas de température. Santé satisfaisante.

Il s'accommode de ses ennuis, qui n'arrêtent pas son travail. C'est un épisode aigu, marqué par l'augmentation notable de son expectoration, la fétidité des crachats, l'état fébrile, qui nécessite l'hospitalisation.

Examen (le 1^{er} février). — Cet homme paraît très fatigué. Facies vultueux, dyspnée, abattement. Température, 39°2. Près de lui deux crachoirs, pleins jusqu'au bord, exhalent une odeur fétide.

C'est un emphysémateux typique, mais son sommet droit, en avant comme en arrière, est mat, transmet, accentuées, les vibrations vocales. Le murmure vésiculaire y est diminué : râles sous-crépitants, ronchus. Au niveau de la scissure, gros frottements. En arrière, dans la région para-hilaire droite, souffle bronchique.

L'examen des crachats montre une flore très variée, sans prédo-

minance du germe; quelques spirilles. Fibres élastiques. L'examen radiologique montre, à droite, au-dessus d'une bande de scissurite, un sommet obscur, ne s'éclairant pas à la toux. Notons enfin que les examens humoraux ne décèlent rien d'anormal. B.-W. négatif. Rien dans ses antécédents, rien dans son histoire, rien dans l'examen, ne permet de songer à une affection d'origine amibienne.

Evolution. — M. le Professeur Carles traite le malade par des injections intramusculaires d'électrargol, ingestion d'hyposulfite de magnésium, teinture d'eucalyptus, lavements au goménol. Sédation momentanée des signes; la température descend à 37 degrés, mais l'expectoration reste abondante et fétide.

Or, tandis que le traitement se poursuit, le quatrième jour, reprise des signes généraux. On pratique une injection de sérum anti-gangréneux (ampoules de sérum antioédématisiens, perfringens, histolyticus, staphylococcus). Aucun résultat.

On administre alors une série d'injections de 4 centigrammes de chlorhydrate d'émétine par jour. Résultat en trois jours. La fièvre disparaît; la chute de la température n'est coupée que par une ascension à 38°5, sous l'effet d'accidents sériques typiques. L'expectoration est moins abondante et se désodorise. Le huitième jour du traitement, le malade remplit dans sa journée à peine un demi-crachoir.

Craignant d'asthénier le malade, déjà si fatigué, on remplace l'émétine par le sulfarsénol. Ce changement de thérapeutique est suivi d'une reprise quasi instantanée des phénomènes généraux, avec augmentation d'expectoration, qui redevient fétide.

On reprend l'émétine, *le résultat est concluant*. Sédation des phénomènes généraux en quarante-huit heures. Au bout de vingt-cinq jours de traitement, je vous amène notre malade, que l'on peut considérer comme guéri. Son aspect est florissant. Pas de température.

Dans sa journée, il expectore une dizaine de crachats inodores. Au point de vue physique, la matité du sommet droit est nettement diminuée, les râles et les frottements ont disparu, c'est à peine si on retrouve, atténué, un souffle bronchique para-hilaire.

La radiographie montre également une diminution notable de l'obscurité du sommet.

CONCLUSION. — Notre cas vient donc à l'appui des six observations notées dans l'article de G. Nubert et Branistéanu. L'histoire, la courbe de température, la radiographie, montrent que l'émétine a amené rapidement la sédation des phénomènes généraux, une diminution notable de la quantité et la disparition de la fétidité des crachats. L'arrêt du traitement en faveur d'une thérapeutique arsenicale a permis une aggravation rapidement arrêtée par une série d'émétine prolongée jusqu'à ces jours derniers.

OBSERVATION XIV.

Auto-observation d'abcès du poumon.

Docteur G., Lot-et-Garonne. Age, 56 ans.

Antécédents personnels et héréditaires. — Rien à signaler; santé excellente; aucune affection pulmonaire antérieure.

Commémoratifs. — Début brusque en pleine santé le samedi 26 juillet, le matin au lever, par malaise, courbature vague, lassitude. Température, 38°2; aucun symptôme pulmonaire.

Les 28 et 29 juillet, aggravation marquée des symptômes généraux. Je m'alite le lundi, à 11 heures du matin; température, 38°5 le matin; 39°1 le soir. Le 30, mardi, apparition de douleurs vagues thoraciques de l'hémithorax droit avec irradiation dans le moignon de l'épaule, un peu de toux, quelques crachats rouillés, mais se différenciant des crachats pneumoniques par leur non-viscosité, leur non-adhérence et aussi par leur coloration qui est bien un peu marmelade d'abricots, mais plus foncé, un peu jus de pruneaux. Pas de frisson initial, pas de point de côté net.

Le Docteur Vinson, de Villeneuve, appelé, pense à une pneumonie, mais il rejette ce diagnostic en raison de :

- 1° Absence de point de côté et frisson initial;
- 2° Courbe de température régulièrement ascendante depuis le 28 juillet.
- 3° Absence de signes stéthoscopiques.

Le Docteur Delteil, d'Agen, fait une radioscopie à domicile et trouve un abcès du poumon gauche de la grosseur d'un œuf de poule assez nettement limité, situé au niveau du hile et s'étendant un

peu au-dessus de la scissure; à l'auscultation, un peu de submatité en arrière dans la région inter-scapulo-vertébrale gauche; obscurité respiratoire et quelques frottements pleuraux en avant au niveau du mamelon. Les signes assez discrets ont persisté à peu près sans modification pendant tout le cours de la maladie et même après la défervescence.

Examen des crachats. — Fusco-cellulaires et entérocoques, premier laboratoire; un second laboratoire répond : staphylocoques et streptocoques.

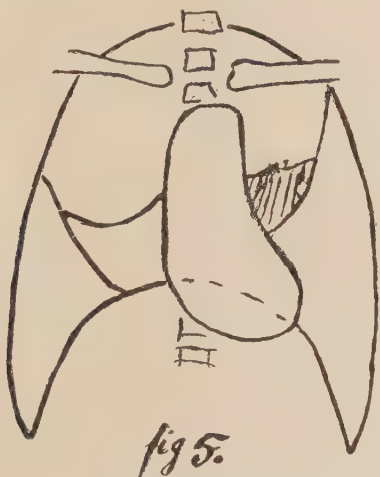
Le 5 ou 6 août, l'haleine devient très fétide, les crachats sont d'une odeur fade,, écœurante, très abondants (je remplis dans la nuit un quart de la contenance d'un crachoir). L'état général est assez médiocre, l'anorexie est absolue avec troubles gastro-intestinaux marqués, diarrhée, météorisation; des sueurs profuses, des douleurs thoraciques, toux fréquente; l'impossibilité de me mettre dans le décubitus latéral droit m'interdit à peu près tout sommeil et je me sens physiquement très amoindri. Cependant le pouls est bien frappé, à 76-80 pulsations; la tension est à 12-8, les fonctions rénales très satisfaisantes, peu ou pas de dyspnée.

Un traitement par hyposulfite de soude et teinture d'eucalyptus est institué; la température oscille entre 38 et 39 degrés. Une série d'injections de sulfarsénol et de colloïdase de soufre à dose faible paraît amener un abaissement de la température, sans amélioration de l'état général et local; mais, le 23 août, la température remonte au-dessus de 39, et, parallèlement, aggravation de l'état général. Localement, une radioscopie montre une extension de la tache pulmonaire s'insinuant cette fois très nettement dans la scissure interlobaire (fig. 5).

Le Docteur Biar, d'Agen, prescrit des injections d'émétine. A la 4^e piqûre, descente en lysis, les crachats deviennent beaucoup moins abondants; ils prennent une coloration jaune d'or, l'état général s'améliore, et un examen de laboratoire indique la présence de staphylo et de streptocoques.

Je me lève le 29 et le 30 août, mais sans doute un peu prématurément, car une nouvelle poussée thermique au-dessus de 39 degrés m'oblige à garder le lit; cette poussée a été promptement jugulée par

une injection d'électrargol intramusculaire. A partir de cette dernière élévation du thermomètre, la tendance à la guérison s'affirme; la température oscille entre 37 et 37°8, l'état général s'améliore, les



crachats deviennent plus rares, une radioscopie montre une diminution réelle de la tache pulmonaire, et les signes stéthoscopiques sont à peu près nuls, peut-être une légère submatité et quelques discrets



frottements (fig. 6). Je commence ma convalescence le 8 septembre; actuellement, le 1^{er} décembre 1930, je ne me souviens de ma maladie que comme d'un mauvais souvenir.

Il faut retenir de cette observation:

1° Début brusque sans aucun antécédent pulmonaire ancien ou immédiat; congestion pulmonaire, pneumonie corticopleurite, etc.

Sans aucune infection cutanée ou des muqueuses, furonculoses, anthrax, infection du naso-pharynx, etc.

Sans aucune infection antécédente, grippe, infection intestinale, infection du foie et des voies biliaires, abcès hépatique, etc.

Cet abcès du poumon est donc, ou paraît avoir été primitif. Je ne crois pas que le fait ait été encore signalé.

Pour ma part, je n'hésite pas à l'attribuer à une contamination professionnelle (projection sur la face et absorption ou inhalation de produits septiques au cours d'opérations ou de pansements). Je soignais en ce moment un malade atteint d'ostéomyélite et de phlegmon diffus d'une haute septicité.

2° L'action médicamenteuse.

La teinture d'eucalyptus, l'hyposulfite de soude, le sulfarsénol, la colloïdase de soufre en injections sous-cutanées, m'ont paru d'action nulle.

Par contre, l'émétine a eu une action réellement curative.

L'électrargol et l'eucalyptine en injections intramusculaires ont été d'utiles adjuvants.

CONCLUSIONS

I. — Actuellement, il est bien difficile de préciser le mécanisme de l'action de l'émétine dans les abcès du poumon non amibiens, et nous en sommes réduit à des suppositions. L'émétine agit-elle en augmentant la défense de l'organisme; a-t-elle une action sur un agent pathogène mal déterminé?

II. — Ce qui est certain, c'est que le chlorhydrate d'émétine améliore les abcès du poumon simples ou gangréneux sans amibes, et ceci, d'une façon souvent inespérée.

Aussi le médecin traitant, alors même qu'il n'y a aucune présomption clinique pour l'amibiase, doit toujours essayer l'émétine, car, dans bon nombre de cas, il verra une chute rapide de la température, une diminution de l'expectoration et la suppression de sa fétidité, ainsi qu'un relèvement de l'état général aboutissant à la guérison.

III. — Ces résultats seront obtenus grâce à une série d'injections quotidiennes intramusculaires de chlorhydrate d'émétine variant entre 0 cg. 04 et 0 cg. 06, jusqu'à concurrence maxima de 0 cg. 80.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen* ,

Le Président,

C. SIGALAS.

J. CARLES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 8 décembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et MOUZON. — Abscès streptococcique. Guérison après vomique. *Soc. méd. des hôp.*, Paris, juill. 1925.
- BALTECEANU. — Cinq cas de gangrène traités par l'émétine. *Revista Stintelor Medical*, sept 1925.
- BEZANÇON. — Les gangrènes pulmonaires; formes cliniques. Congrès médical français, Nancy, juill. 1925.
- Abscès du poumon d'origine embolique (Leçon sur). *Avenir médical*, juin 1930.
- BEZANÇON, CHEVALLEY, OUMANSKY. — Cinq cas de suppuration pulmonaire à guérison apparente rapide au cours de l'épidémie de grippe.
- BONNAMOUR. — *Journ. de méd. Lyon*, août 1923; *Journ. de méd. Lyon*, août 1929.
- BEDU-LORiot. — Action thérapeutique de l'émétine dans les abcès pulmonaires non amibiens. Thèse Paris, 1929.
- BRULÉ. — Les abcès du poumon et leur traitement par l'émétine. *Concours médical*, n° 41, 13 oct. 1929.
- BRULÉ, HILLEMAND. — Abscès du poumon guéri par l'émétine. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1924.
- BRULÉ, LAPORTE, RAGU. — Deux cas d'abcès pulmonaires non amibiens rapidement améliorés par le traitement éméтинien. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 31 mai 1929.
- CARLES (J.). — Entérites de guerre. Diagnostic, traitement. *Presse médicale*, 10 févr. 1919.
- FLIEDERBAUM (Julien). — Traitement de l'abcès et des gangrènes pulmonaires. *Presse médicale*, 13 sept. 1930.
- FIESSINGER (N.). — Action du chlorhydrate d'émétine sur la circulation pulmonaire. *Journ. des prat.*, nov. 1919.
- FOUCAULD et SEGUIN. — Considérations thérapeutiques sur les abcès d'origine dysentérique. *Arch. méd.*, nov. 1910, p. 241.

- GUILLON. — Abscès dysentérique du poumon. Manuel de thérapeutique et clinique des maladies tropicales, 1909.
- IAGNOV. — Le traitement des abcès pulmonaires non amibiens par le chlorhydrate d'émétine. Faits cliniques. Travaux. *Ann. de méd.*, juill. 1928.
- IAGNOV et VIDROSCO. — Le chlorhydrate d'émétine dans la thérapeutique de l'abcès pulmonaire. *Journ. de méd. et chir., prat.*, 25 sept. 1927.
- KINDBERG. — Les abcès du poumon, 1928.
- KOURILSKY. — Les abcès du poumon. Thèse Paris, 1927.
- LABBÉ. — Abscès du poumon, probablement amibiase, guéri par l'émétine, *Presse médicale*, 23 juill. 1930.
- LAUTMANN. — Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire. Thèse Paris, 1923.
- LECLERC. — Amibiase broncho-pulmonaire. Soc. nat. de méd. et des sc. méd. de Lyon, 24 mars 1923.
- LEMIERRE, KINDBERG (LÉON) et BERNARD. — Grand abcès du poumon à streptocoque. Guérison spontanée. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp.*, 3 juill. 1925.
- LEMIERRE, KOURILSKY. — Abscès amibien confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine. Soc. méd. des hôp. de Paris, 26 janv. 1928.
- LEVENT. — L'émétine. Indications. Posologie. *Gaz. des hôp.*, 26 mars 1925.
- LOISELET. — Travaux récents sur les maladies des voies respiratoires. Abscès du poumon. Émétine dans les affections broncho-pulmonaires. *Annales Laboratoire Clin.*, XXV, n° 5, sept.-oct. 1928.
- LOEDERICH et POUMEAU-DELILLE. — Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine. Soc. méd. des hôp. de Paris, 15 févr. 1929.
- MATTEL. — Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de chlorhydrate d'émétine. *Bull. gén. de therap.*, 1927.
- Les données actuelles sur l'emploi de l'émétine dans l'amibiase. Rapport présenté au Congrès national colonial de la santé publique, Marseille, sept. 1923.

- MATTEI (Charles). — De l'emploi de l'émétine dans le traitement des suppurations pulmonaires. *Revue médicale de France et des colonies*, mai 1930.
- MÉRY. — L'émétine dans les affections aiguës des voies respiratoires. Soc. méd. des hôp. de Paris, 2 juill. 1915.
- MIGNOT. — Traitement médical des suppurations pulmonaires. *Presse médicale*, 19 mars 1930.
- MONTANGE. — Recherches expérimentales sur le chlorhydrate d'émétine, à propos de l'action de ce médicament dans les maladies broncho-pulmonaires. Thèse Lyon, 1920.
- MOREAU (R.) et CÉLICE (J.). — *Avenir médical*, févr. 1930.
- NUBERT (G.) et BRANISTEANU (D.). — L'émétine comme traitement des suppurations pulmonaires non amibiennes. *Presse médicale*, 29 janv. 1930.
- OFFERLÉ. — Les abcès du poumon. Thèse Paris, 1928.
- PLUMIER, CLERMONT. — Action du chlorhydrate d'émétine sur la circulation pulmonaire. *Presse médicale*, 25 août 1919.
- POINSO. — Les abcès chroniques fétides du poumon. Thèse Montpellier, 1927.
- PRUNEAU. — Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire pure. Thèse Paris, 1930.
- PRUVOST (P.). — Abcès du poumon et traitement éméтинien. *Rev. méd. de l'Est*, janv. 1930, n° 1, p. 14-17.
- RAMOND et DURAND. — Traitement des bronchites aiguës et chroniques par le traitement éméтинien. Soc. méd. des hôp. de Paris, 6 mars 1914.
- RAMOND, DENOYELLE et LAUTMAN. — Un cas d'amibiase pulmonaire pure, sans abcès du foie, guéri par l'émétine. Soc. méd. des hôp. de Paris, 4 mai 1923.
- RAWICZ (M.). — Abcès du poumon curables. *Strasbourg médical*, sept. 1930.
- SCHENOSSE. — Cure éméтинienne des abcès du poumon. *La Liguera medica*, mai 1924.
- SERGENT. — Les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires. Acad. de méd., 26 févr. 1929.
- STOCLET. — Traitement par l'émétine des abcès du poumon d'étiologie douteuse. Thèse Paris, 1929.

- THEOHARI et BAIOIN. — Action de l'émétine dans le cas de bronchites sanglantes ou fétides à fuso-spirilles. Soc. de biol., 7 et 21 mars 1929.
- TIJERINO. — L'émétine dans les maladies tropicales. Thèse Paris, 1928, n° 75.
- TRABAUD. — Amibiase pulmonaire pure, sans abcès du foie, guérie par l'émétine. Soc. méd. des hôp. de Paris, 27 juill. 1923.
- Abcès du poumon d'origine indéterminée guéri par l'émétine. Soc. méd. et hyg. tropicales, 2 févr. 1928.
- TRAISSAC (F.-J.). — Bronchite fétide grave et chlorhydrate d'émétine. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juill. 1930.
- VEDEL. — Des résultats du traitement éméтинien dans un cas d'abcès pulmonaires multiples. *Arch. Soc. des sc. méd. et biol.*, Montpellier, juill. 1929.
- VERNEJOUL. — Diagnostic et traitement des suppurations pulmonaires. *Gaz. des hôp.*, nos 14, 16, 18 et 24 févr. 1922.
- WEILL et LAMY. — Un cas d'abcès du poumon que seul le traitement éméтинien permet de rattacher à l'amibiase. Soc. méd. des hôp. de Paris, 1^{er} oct. 1924.

